T I T R E S

et

T R A V A U X   S C I E N T I F I Q U E S

du

Docteur Charles MATTEI

Professeur Suppléant à l'École de Médecine de Marseille

1 9 2 4

PREMIERE PARTIE

TITRES et FONCTIONS

I - TITRES et GRADES UNIVERSITAIRES -

Baccalauréat, lettres-philosophie, juillet 1905.

Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, juillet 1906.

Préparateur de Pathologie interne et générale à l'Ecole de Médecine (1911-1914).

Moniteur d'Histologie normale et pathologique au Laboratoire de l'Ecole de Médecine (1910-1919)

Chef de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine (Concours du 6 Juillet 1914).

Professeur Suppléant à l'Ecole de Médecine (Concours devant la Faculté de Montpellier) (21 Juin 1920).

Chargé du Cours d'Anatomie Pathologique et Pathologie expérimentale (1920-1921)

Chargé d'un Cours d'Anatomie Pathologique depuis 1922.

Professeur d'Histologie à l'Ecole dentaire.

II - TITRES HOSPITALIERS -

Externe des Hopitaux (Concours 1908)

Interne des Hopitaux (Concours 1910)

Médecin des Hopitaux (Concours 7 Juin 1920)

III - TITRES HONORIFIQUES -

Prix des Internes (1913)

Prix Rampal (1913)

Médaille d'argent des épidémies du Ministère de la Guerre (Septembre 1917)

Prix Sirus-Pirondi (1923)

Membre de la Réunion Biologique de Marseille (filiale de la Société de Biologie de Paris)

Membre de l'Association française d'Urologie

Secrétaire Général de la"Revue Médicale de France et des Colonies"

PREMIERE PARTIE

TITRES et FONCTIONS

I - TITRES et GRADES UNIVERSITAIRES -

Baccalauréat, lettres-philosophie, juillet 1905.

Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, juillet 1906.

Préparateur de Pathologie interne et générale à l'Ecole de Médecine (1911-1914).

Moniteur d'Histologie normale et pathologique au Laboratoire de l'Ecole de Médecine (1910-1919)

Chef de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine (Concours du 6 Juillet 1914).

Professeur Suppléant à l'Ecole de Médecine (Concours devant la Faculté de Montpellier) (21 Juin 1920).

Chargé du Cours d'Anatomie Pathologique et Pathologie expérimentale (1920-1921)

Chargé d'un Cours d'Anatomie Pathologique depuis 1922.

Professeur d'Histologie à l'Ecole dentaire.

II - TITRES HOSPITALIERS -

Externe des Hopitaux (Concours 1908)

Interne des Hopitaux (Concours 1910)

Médecin des Hopitaux (Concours 7 Juin 1920)

III - TITRES HONORIFIQUES -

Prix des Internes (1913)

Prix Rampal (1913)

Médaille d'argent des épidémies du Ministère de la Guerre (Septembre 1917)

Prix Sirus-Pirondi (1923)

Membre de la Réunion Biologique de Marseille (filiale de la Société de Biologie de Paris)

Membre de l'Association française d'Urologie

ENSEIGNEMENT

à l'ECOLE de MEDECINE -

Conférences d'Histologie normale et pathologique durant les années I9I0, I9II, I9I2, I9I3 et I9I4.

Cours d'Anatomie pathologique et de Pathologie expérimentale en I920, I92I, I922, pendant les deux semestres de l'année; en I923, I924, pendant le semestre d'hiver.

Démonstrations pratiques d'Histologie normale et pathologique en I920, I92I et I922.

Cours d'Histologie normale à l'Ecole dentaire en I922, I923, I924.

à l'HOPITAL -

Conférences de préparation à l'Internat I9I2, I9I3, I9I4, I9I9, I920.

Conférences et exercices pratiques de Séméiologie en I9I9 et I920.

Conférences de préparation au Concours de Médecin des Hôpitaux I920, I92I, I922.

Cours de Clinique Propédeutique médicale de l'Ecole de Médecine en I923 et I924.

CONFERENCES et COURS DIVERS -

Cours de Pathologie générale élémentaire en I922 et I923.

Cours d'Hygiène élémentaire I924

à l'Ecole d'Infirmières Visiteuses d'Hygiène de Marseille.

ENSEIGNEMENT

<u>à l'ECOLE de MEDECINE</u> -

Conférences d'Histologie normale et pathologique durant les années 1910, 1911, 1912
1913 et 1914.

Cours d'Anatomie pathologique et de Pathologie expérimentale en 1920, 1921, 1922, 1
dant les deux semestres de l'année; en 1923, 1924, pendant le semestre d'hiver.

Démonstrations pratiques d'Histologie normale et pathologique en 1920, 1921 et 1922.

Cours d'Histologie normale à l'Ecole dentaire en 1922, 1923, 1924.

<u>à l'HOPITAL</u> -

Conférences de préparation à l'Internat 1912, 1913, 1914, 1919, 1920.

Conférences et exercices pratiques de Séméiologie en 1919 et 1920.

Conférences de préparation au Concours de Médecin des Hôpitaux 1920, 1921, 1922.

Cours de Clinique Propédeutique médicale de l'Ecole de Médecine en 1923 et 1924.

<u>CONFERENCES et COURS DIVERS</u> -

Cours de Pathologie générale élémentaire en 1922 et 1923.

Cours d'Hygiène élémentaire 1924

à l'Ecole d'Infirmières Visiteuses d'Hygiène de Marseille.

DEUXIEME PARTIE

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(Relevé Chronologique)

A.- TRAVAUX PERSONNELS

- I 9 I I -

I.- Ecchymoses ponctuées au cours d'une oesophagoscopie.
(Comité Médical des B.D.R. I9II)

II.- Encéphalocèle Spina Bifida lombaire avec paraplégie chez un nouveau né

3.- Observation d'un malade atteint d'une méningite cérébro-spinale ayant fait croire au début à une occlusion intestinale.

4.- Présentation d'un enfant guéri d'une plaie pénétrante du crâne sans symptomes
(Marseille Médical I5 Juillet I9II. (P. 454 - 456)

5.- Plaie pénétrante du crâne avec issue de subtance cérébrale. Guérison.
(Marseille Médical Ier Août I9II. (P.488 - 487)

- I 9 I 2 -

6.- Pyonéphrose ayant fait croire à un kyste du mésentère néphrectomie. Guérison.
(Marseille Médical I9I2)

7.- Deux corps étrangers du tube digestif. (Extraction chirurgicale)
(Marseille Médical Ier Janvier I9I2. 3 pages)

8.- Un cas d'enterorragie post-opératoire
(Marseille Médical Ier Janvier I9I2. 5 pages I figure)

9.- Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse
Etat réticulaire de la voute cranienne.
Travaux originaux. Gazette des Hôpitaux 23 Janvier I9I2.
(Avec I figure, en collaboration avec le Dr? PAYAN)

DEUXIEME PARTIE

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(Relevé Chronologique)

A.- TRAVAUX PERSONNELS

- 1911 -

1.- Ecchymoses ponctuées au cours d'une oesophagoscopie.

(Comité Médical des B.D.R. 1911)

II.- Encéphalocèle Spina Bifida lombaire avec paraplégie chez un nouveau né

3.- Observation d'un malade atteint d'une méningite cérébro-spinale ayant fait croire au début à une occlusion intestinale.

4.- Présentation d'un enfant guéri d'une plaie pénétrante du crâne sans symptômes

(Marseille Médical 15 Juillet 1911. (P. 454 - 456)

5.- Plaie pénétrante du crâne avec issue de substance cérébrale. Guérison.

(Marseille Médical 1er Août 1911. (P.486 - 487)

- 1912 -

6.- Pyonéphrose ayant fait croire à un Kyste du mésentère néphrectomie. Guérison.

(Marseille Médical 1912)

7.- Deux corps étrangers du tube digestif. (Extraction chirurgicale)

(Marseille Médical 1er Janvier 1912. 3 pages)

8.- Un cas d'entérorragie post-opératoire

(Marseille Médical 1er Janvier 1912. 5 pages 1 Figure)

9.- Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse

État réticulaire de la voute cranienne.

Travaux originaux. Gazette des Hôpitaux 23 Janvier 1912.

(Avec 1 figure, en collaboration avec le Dr PAYAN)

10.- Kyste dermoïde de l'ovaire.

(Comité Médical Janvier 1912)

11.- Pouvoir hématopoïétique du sérum de cheval préléblement saigné.

(4 Observations. Thèse du Dr. SETA, Montpellier 1912)

12.- Trois cas de fracture de la voute cranienne chez l'Enfant.

(Marseille Médical 15 Mars 1912. Folio 182. 8 pages 5 fig.)

13.- Malformations congénitales.

Marseille Médical 1er Juin 1912 (Pages 376 - 377)

En collaboration avec M. le Dr. PAYAN.

14.- Triple perforation duodénale chez la femme enceinte.

Communication à la réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier en la séance du 5 Juin 1912. (5 pages. 1 figure)
En collaboration avec Mr. le Professeur Guérin Valmale.

15.- Chorée de Sydenham

Revue générale, Gazette des Hôpitaux, 16 et 23 Novembre 1912 (16 pages)

En collaboration avec Mr. le Docteur PAYAN.

- 1 9 1 3 -

16.- Perforations du duédénum

17.- Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grèle de l'adulte suivie d'une étude sur anatomie comparée des valcules conniventes.

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P.229.- 4 pages)

18.- Néoplasme du larynx

(Marseille Médical 1er Avril 1913. F° 238)

19.- Anévrisme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique.

En collaboration avec MM. les Drs. BADETTI & Ch. REBOUL LACHAUX

(Marseille Médical 1er avril 1913)

20.- Cancer de la voute cranienne

(En collaboration avec le Dr. DE LUNA?
Marseille Médical 1er Avril 1913.

10.- Kyste dermoïde de l'ovaire.

(Comité Médical Janvier 1912)

11.- Pouvoir hématopoïétique du sérum de cheval préalablement saigné.

(4 Observations. Thèse du Dr. BEHA, Montpellier 1912)

12.- Trois cas de fracture de la voute cranienne chez l'Enfant.

(Marseille Médical 15 Mars 1912. Folio 182. 8 pages 5 fig.)

13.- Malformations congénitales.

Marseille Médical 1er Juin 1912 (Pages 370 - 377)

En collaboration avec M. le Dr. PAYAN.

14.- Triple perforation duodénale chez la femme enceinte.

Communication à la réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier
en la séance du 5 Juin 1912. (5 pages. 1 figure)
En collaboration avec Mr. le Professeur Guérin Valmale.

15.- Chorée de Sydenham

Revue générale, Gazette des Hôpitaux, 15 et 22 Novembre 1912 (16 pages)

En collaboration avec Mr. le Docteur PAYAN.

- 1 9 1 3 -

16.- Perforations du duodénum

17.- Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grêle de l'adulte suivie d'une étude sur anatomie comparée des valvules conniventes.

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P.229.- 4 pages)

18.- Néoplasme du larynx

(Marseille Médical 1er Avril 1913. P? 238)

19.- Anévrisme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique.

En collaboration avec MM. les Drs. BADETTI & Ch. REBOUL LACHAUX

(Marseille Médical 1er avril 1913)

20.- Cancer de la voute cranienne

(En collaboration avec le Dr. DE LUNA?

Marseille Médical 1er Avril 1913.

21.- Cancer nodulaire primitif du foie.

(Encollaboration avec MM. les Drs. ESCANDE & BADETTI.

Marseille Médical Ier Avril 1913.

22.- Ulcérations de l'oesophage et de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique

Marseille Médical Ier Juin 1913. Folio 360.

23.- Appendicite ascendant rétro coecal adhérent par sa pointe à la portion justa pylorique du duodénum

Marseille Médical Ier Juin 1913. F° 362.

En collaboration avec M. le Docteur DOR.

24.- Fractures multiples du thorax, de l'omoplate. Fractures et luxations de l'épaule

Marseille Médical 15 Juin 1913 . P. 393- 9 pages - 3 figures -

(En collaboration avec MM. les Dr MARTIN LAVAL & CH. REBOUL LACHAUX)

25.- Orchites du nouveau-né et infantilisme.

Mémoire honoré du prix Rampal par le Comité Médical des B.D.R.

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN

26.- Modifications leucocytaires au cours de l'auto-hématothérapie

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913

Tome LXXXV. P.228. (3 pages)

27.- Désinsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aigüe.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. Folio 454)

En collaboration avec Mr. le Dr. CAMBON

28.- Aortite thoracique chronique artérite symétrique des artères tibiales gangrène consécutive.

Marseille Médical 15 Juillet 1913. F° 446. 4 pages.

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX.

29.- Néoplasme de l'estomac et du pancréas.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. F° 450)

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch REBOUL LACHAUX

21.- Cancer nodulaire primitif du foie.

(En collaboration avec MM. les Drs. ESCANDE & BADETTI.

Marseille Médical 1er Avril 1913.

22.- Ulcérations de l'oesophage et de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique

Marseille Médical 1er Juin 1913. Folio 330.

23.- Appendicite ascendante rétro coecal adhérent par sa pointe à la portion juxta pylorique du duodénum

Marseille Médical 1er Juin 1913. Fº 362.

En collaboration avec M. le Docteur DOR.

24.- Fractures multiples du thorax, de l'omoplate, Fractures et luxations de l'épaule

Marseille Médical 15 JUIN 1913 , P. 392- 9 pages - 3 figures -

(En collaboration avec MM. les Dr MARTIN LAVAL & CH. REBOUL LACHAUX)

25.- Orchites du nouveau-né et infantilisme.

Mémoire honoré du prix Rampal par le Comité Médical des B.D.R.

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN

26.- Modifications leucocytaires au cours de l'auto-hématothérapie

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913

Tome LXXXV. P.228. (3 pages)

27.- Désinsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aiguë.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. Folio 454)

En collaboration avec Mr. le Dr. CAUMON

28.- Aortite thoracique chronique artérite symétrique des artères tibiales gangrène consécutive.

Marseille Médical 15 Juillet 1913. Fº 446. 4 pages.

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX.

29.- Néoplasme de l'estomac et du pancréas.

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. Fº 460)

En collaboration avec Mr. le Dr. Ch REBOUL LACHAUX

30.- Large ulcère de l'estomac chez un Tuberculeux

(Marseille Médical I5 Juillet I9I3. F° 452)

En collaboration avec MM. les Dr. AYMES & REBOUL LACHAUX

3I.- L'atrophie thyrodienne chez les athrepsiques

(C;R. de la Société de Biologie I6 Décembre I9I3
Tome LXXXV F° 667. (3 pages)
En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS

- I 9 I 4 -

32.- Deux cas d'Hérodo-ataxie cérébelleuse

En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO.

33.- Traitement de l'athrepsie.

(Revue Médico-thérapeutique 1914, en collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS)

34.- Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres inférieurs.

(Marseille Médocal Ier Janvier I9I4. F° I4 - F° I7)

35.- Myosite du tube digestif dans les intoxications subaigües par corrosifs

(C.R. de la Société de Biologie 2I Avril I9I4.
Tome LXXXVI. F° 74I 3 pages.
En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS.

36.- Anatomie pathologique des glandes vasculaires sanguines dans l'athrepsie

(Thèse du Doctorat, Montpellier.
236 pages. 4 pl. 6 figures.

- I 9 I 6 -

36 A - Rapport sur les états typhoides dans la IIème Armée - de 1914 à 1916
Réunion médico-chirurgicale de la IIème Armée- I0 Janvier I9I6-Bar le Duc)

37.- Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urinaire dans les cas de troubles gastro-intestinaux par insuffisance rénale.

(C.R. Société de Biologie 4/II/I6. Tome 29. P.9I0

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN.

- I 9 I 7 -

38.- Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux chez les soldats en campagne

30.- Large ulcère de l'estomac chez un Tuberculeux

(Marseille Médical 15 Juillet 1913. P° 452)

En collaboration avec MM. les Dr. AYMES & RIBOUL LACHAUX

31.- L'atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques

(C.R. de la Société de Biologie 16 Décembre 1913
Tome LXXXV P° 667. (3 pages)
En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS

- 1 9 1 4 -

32.- Deux cas d'Hérédo-ataxie cérébelleuse

En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO.

33.- Traitement de l'athrepsie.

(Revue Médico-thérapeutique 1914, en collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS)

34.- Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres inférieurs.

(Marseille Médical 1er Janvier 1914. P° 14 - P° 17)

35.- Myosite du tube digestif dans les intoxications subaiguës par corrosifs

(C.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914.
Tome LXXXVI. P° 741 3 pages.
En collaboration avec Mr. le Professeur ALEZAIS.

36.- Anatomie pathologique des glandes vasculaires sanguines dans l'athrepsie

(Thèse du Doctorat, Montpellier.
236 pages. 4 pl. 6 figures.

- 1 9 1 6 -

36 A - Rapport sur les états typhoïdes dans la IIème Armée - de 1914 à 1916
Réunion médico-chirurgicale de la IIème Armée- 10 Janvier 1916-Bar le Duc)

37.- Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urinaire dans les cas de troubles gastro-intestinaux par insuffisance rénale.

(C.R. Société de Biologie 4/11/16. Tome 29. P.910

En collaboration avec Mr. le Dr. PAYAN.

- 1 9 1 7 -

... chez les soldats en campagne

(Paris Médical I7 mars I9I7. Page 2I4)

39.- Variations de la Constante d'Ambard au cours de l'insuffisance rénale avec troubles gastro-intestinaux

(Société de Biologie. Avril I9I7)

40.- Aspects des selles dans les formes atypiques de la dysenterie amibienne.

(En collaboration avec le Dr. BLOCH.

(Presse Médicale 26 Juillet I9I7)

4I.- Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'Emetine.

(Paris Médical I3 Octobre I9I7)

42.- Notes sur l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émetine chez l'homme.

En collaboration avec RIBON.

C.R. Société de Biologie I0 Novembre I9I7. Page 830.

43.- Syndrome cholériforme et insuffisance rénale dans la Dysenterie amibienne chez les Soldats en campagne

(Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. I6/II/I7. Page 366.N°

- I 9 I 8 -

44.- Notes sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émetine dans l'urine de l'homme

C.R. Société de Biologie I3 avril I9I8. P.3I5.

45.- Notes cliniques sur les grosses parotides des Soldats en campagne

(Presse Médicale I3 Juin I9I8.)

46.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux

(Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition. N° I0.I9I8
Page 58I.

47.- L'Amibiase sur le Front français. Centre-Est. (I9I6-I9I7)

(En collaboration avec BLOCH. Annales de Médecine I9I8. Tome 5. N°4. Page 374.
Septembre I9I8.

(Paris Médical 17 mars 1917. Page 214)

39.- Variations de la Constante d'Ambard au cours de l'insuffisance rénale avec troubles gastro-intestinaux

(Société de Biologie. Avril 1917)

40.- Aspects des selles dans les formes atypiques de la dysenterie amibienne.

(En collaboration avec le Dr. BLOCH.

Presse Médicale 26 Juillet 1917)

41.- Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'Emétine.

(Paris Médical 13 Octobre 1917)

42.- Notes sur l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme.

En collaboration avec RIBON.

C.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917. Page 830.

43.- Syndrome cholériforme et insuffisance rénale dans la Dysenterie amibienne chez les Soldats en campagne

(Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 16/11/17. Page 866.

- 1918 -

44.- Notes sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émétine dans l'urine de l'homme

C.R. Société de Biologie 13 avril 1918. P.318.

45.- Notes cliniques sur les grosses parotides des Soldats en campagne

(Presse Médicale 13 Juin 1918.)

46.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux

(Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition. N° 10.1918 Page 581.

47.- L'Amibiase sur le Front français. Centre-Est. (1915-1917)

(En collaboration avec BLOCH. Annales de Médecine 1918. Tome 5. N°4. Page 37 Septembre 1918.

- 1 9 1 9 -

48.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux.

Conférence faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône)

49.- Un cas d'Epilepsie cardiaque.

(Comité Médical 1919. En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO)

50.- L'Epilepsie cardiaque.

(Revue Générale. Gazette des Hôpitaux 1919)

- 1 9 2 0 -

50 A - Anatomie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire
En collaboration avec M. le Pr. ODDO-Société de Biologie - 4 Avril 1920)

51.- L'élimination urinaire de l'émetine après injection intra-veineuse de chlorhydrate d'émetine

(Société de Biologie 4 Avril 1920)

52.- La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émetine.

(Société Médicale des Hôpitaux. 4 Mai 1920) Gazette des Hôpitaux Août 1920

- 1 9 2 1 -

53.- Quelques notions actuelles sur l'Utilisation des Corps radio-actifs en Médecine Interne

(Le Sud Médical. Page 1516-1519. 15 Janvier 1921)

54.- Données pratiques sur le traitement des hépatites amibiennes, par le chlorhydrate d'Emetine.

(Pratique Médicale française. Avril 1922)

55.- Questions de Garde de Médecine, Pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille.

(En collaboration avec le Dr. Paul GIRAUD).
(1 vol. 140 pages. Marseille 1921. Imprimerie Méridionale)

56.- Un cas d'Hémophilie traité et guéri par l'hémato éthyroïdine
Thytoïdite aigüe au cours du traitement

(En collaboration avec le Dr. ODDO.
Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1921.

48.- Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux.

Conférence faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône)

49.- Un cas d'Epilepsie cardiaque.

(Comité Médical 1919. En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO)

50.- L'Epilepsie cardiaque.

(Revue Générale. Gazette des Hôpitaux 1919)

- 1 9 2 0 -

50 A - Anatomie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire
En collaboration avec M. le Pr. ODDO-Société de Biologie - 4 Avril 1920)

51.- L'élimination urinaire de l'émétine après injection intra-veineuse de chlorhydrate d'émétine

(Société de Biologie 4 Avril 1920)

52.- La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine.

(Société Médicale des Hôpitaux. 4 Mai 1920) Gazette des Hôpitaux Août 1920

- 1 9 2 1 -

53.- Quelques notions actuelles sur l'Utilisation des Corps radio-actifs en Médecine Interne

(Le Sud Médical. Page 1516-1519. 15 Janvier 1921)

54.- Données pratiques sur le traitement des hépatites amibiennes, par le chlorhydrate d'Emétine.

(Pratique Médicale française. Avril 1922)

55.- Questions de Garde de Médecine.

Pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille.

(En collaboration avec le Dr. Paul GIRAUD).
(1 vol. 140 pages. Marseille 1921. Imprimerie Méridionale)

56.- Un cas d'Hémophilie traité et guéri par l'hémato éthyroïdine

Thyroïdite aiguë au cours du traitement

(En collaboration avec le Dr. ODDO.
Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1921.

57.- Données actuelles sur l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie du Corps strié

(Conférence au Comité Médical des B.d.R.. En collaboration avec Mr. Jean REBOUL-LACHAUX. 1921)

58.- La Syphilis secondaire du Coeur.

En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO.
Académie de Médecine (Mars 1920)
Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux (1920)
XVe Congrès de Médecine (Strasbourg 3 Octobre 1921)

- 1 9 2 2 -

59.- Les données actuelles sur la Colloïdo clasie et l'Anaphylaxie.

Conférence à la Société libre des Médecins de Marseille. 1922.

60.- Les données actuelles sur l'emploi de l'Emetine dans l'amibiase.

Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Publique. Marseille Septembre 1922.

61.- Quelques caractères des contractions agoniques du Myocarde humain observée sur le Coeur à nu de deux foetus non viables.

Communication au Congrès de la Société de Biologie. Septembre 1922.

- 1 9 2 3 - 1 9 2 4 -

62.- Contribution à l'Etude des Neuro-ectodermomes.

(En collaboration avec Mr. le Professeur H. ROGER) Société Médicale des Hopitaux de Paris. Juillet 1923.

63.- Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles. (En collaboration avec Mr. J.R. HENRI).

64.- Nouvelles recherches sur l'Anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans l'Athrepsie.

Communications au XVIIe Congrès français de Médecine - Bordeaux 1923 -

65.- Contribution à l'Etude de l'Intoxication par le sulfure de carbone.

Monographie de 45 pages avec deux observations personnelles.(En collaboration avec le Dr. Jean SEDAN.)
Mémoire honoré du Prix Sirus-Pirondi 1923.
Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale. Paris, Juillet 1924.

57.- Données actuelles sur l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie du Corps strié

(Conférence au Comité Médical des B.d.R.. En collaboration avec Mr. Jean RABOUL LAGHAUX. 1921)

58.- La Syphilis secondaire du Coeur.

En collaboration avec Mr. le Professeur ODDO.
Académie de Médecine (Mars 1920)
Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux (1920)
XVe Congrès de Médecine (Strasbourg 3 Octobre 1921)

- 1 9 2 2 -

59.- Les données actuelles sur la Colloïdo clasie et l'anaphylaxie.

Conférence à la Société libre des Médecins de Marseille. 1922.

60.- Les données actuelles sur l'emploi de l'emétine dans l'amibiase.

Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Publique. Marseille Septembre 1922.

61.- Quelques caractères des contractions agoniques du Myocarde humain observés sur le Coeur à nu de deux foetus non viables.

Communication au Congrès de la Société de Biologie. Septembre 1922.

- 1 9 2 3 - 1 9 2 4 -

62.- Contribution à l'Etude des Neuro-ectodermomes.

(En collaboration avec Mr. le Professeur H. ROGER) Société Médicale des Hopitaux de Paris. Juillet 1923.

63.- Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles. (En collaboration avec Mr. J.R. HENRI).

64.- Nouvelles recherches sur l'Anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans l'athrepsie.

Communications au XVIIe Congrès Français de Médecine - Bordeaux 1923 -

65.- Contribution à l'Etude de l'intoxication par le sulfure de carbone.

Monographie de 45 pages avec deux observations personnelles.(En collaboration avec le Dr. Jean SEDAN.)
Mémoire honoré du Prix Sirus-Pirondi 1923.
Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale. Paris, Juillet 1924.

66.- Le Corps Strié, Anatomie, Physiologie.

Monographie de 50 pages dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1924.

67.- La Coupe histologique des crachats et le diagnostic des néoplasies pulmonaires.

Revue Médicale de France et des Colonies 1924.

-:-:-:-:-:-:-:-

B - TRAVAUX EXECUTES SOUS MA DIRECTION -

J. DAPASSANO - La Syphilis secondaire du coeur - Thèse de Montpellier 1920 -

M. ALBRAND - Le traitement des hépatites amibiennes par le Chlorydrate d'émétine Thèse de Montpellier 1920 -

E. CASTELLI - Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hypophyse dans l'hérédo syphilis - Thèse de Montpellier 1921 -

J.R. HENRY - Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles (23 observations) Thèse de Montpellier 1922.

-:-:-:-:-:-:-:-

C - TRAVAUX DIVERS

1° COMPTE-RENDU DU XVe CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE - (Strasbourg 1921) dans le Marseille-Médical 1921.

2° ANALYSES D'OUVRAGES -

Sympathique et Glandes endocrines - par P. Lereboullet, Harvier, Guillaume Carrion.

Hygiène et Régimes - par G.H. Lemoine et F. Rathery.

(Analyses in Sud Médical 1921).

Le Traitement Médical des Maladies des reins en Clientèle par Ch. Fiessinger.

Vingt régimes alimentaires en Clientèle. par Ch. Fiessinger.

(Analyses in Sud Médical 1921).

La Médecine d'urgence, par C. Oddo (6ème édition - G. Doin, éditeur Paris 1922)

(Analyses in Sud Médical 1922).

56. Le Corps strié, Anatomie, Physiologie.

Monographie de 50 pages dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1924

57. La Coupe histologique des crachats et le diagnostic des néoplasies pulmonaires

Revue Médicale de France et des Colonies 1924.

-:-:-:-:-:-:-:-

B - TRAVAUX EXECUTES SOUS MA DIRECTION -

J. DAPASSANO - La Syphilis secondaire du coeur - Thèse de Montpellier 1920 -

M. ALBERAND - Le traitement des hépatites amibiennes par le Chlorydrate d'émétine Thèse de Montpellier 1920 -

G. CASTELLI - Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'hypophyse dans l'hérédo syphilis - Thèse de Montpellier 1921 -

J.R. HENRY - Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles (25 observations) Thèse de Montpellier 1922.

-:-:-:-:-:-:-:-

C - TRAVAUX DIVERS

1° COMPTE-RENDU DU XVe CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE - (Strasbourg 1921) dans le Marseille-Médical 1921.

2° ANALYSES D'OUVRAGES -

Sympathique et Glandes endocrines - par P. Lereboullet, Harvier, Guillaume Carrion.

Hygiène et Régimes - par G.H. Lemoine et A. Rathery.

(Analyses in Sud Médical 1921).

Le Traitement Médical des Maladies des reins en Clientèle par Ch. Fiessinger

Vingt régimes alimentaires en Clientèle, par Ch. Fiessinger.

(Analyses in Sud Médical 1921).

... (4ème édition - G. Doin, éditeur Paris

3° ANALYSES REGULIERES D'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE du CANCER. Dans la Revue Médicale de France et des Colonies 1923-1924.-

-:-:-:-:-:-:-:-:-

TROISIEME PARTIE

EXPOSÉ & RÉSUMÉ ANALYTIQUE des PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Je viens d'indiquer, année par année, les titres de travaux publiés, depuis mes premières notes qui datent de 1911. On l'a vu, bon nombre de ces travaux sont entièrement personnels; d'autres ont été faits en collaboration avec mes maîtres ou avec mes collègues, quelques-uns avec mes élèves.

Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans l'exposé de ces publications, nous les avons classées en quatre chapitres, en les groupant autant qu'il nous a été possible, suivant leurs affinités naturelles.

Nous avons résumé brièvement les plus importants de ces travaux ou donné un aperçu d'ensemble sur des groupes de publications, ayant poursuivi l'étude d'une question particulière.

Ier chapitre : HISTOLOGIE et ANATOMIE PATHOLOGIQUE -
2ème " : PATHOLOGIE MEDICALE-
3ème " : PATHOLOGIE EXOTIQUE -
4ème " : THERAPEUTIQUE MEDICALE -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

TROISIEME PARTIE

EXPOSE & RESUME ANALYTIQUE des PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Je viens d'indiquer, année par année, les titres de travaux publiés, depuis mes premières notes qui datent de 1911. On l'a vu, bon nombre de ces travaux sont entièrement personnels; d'autres ont été faits en collaboration avec mes maîtres ou avec mes collègues, quelques-uns avec mes élèves.

Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans l'exposé de ces publications, nous les avons classées en quatre chapitres, en les groupant autant qu'il nous a été possible, suivant leurs affinités naturelles.

Nous avons résumé brièvement les plus importants de ces travaux ou donné un aperçu d'ensemble sur des groupes de publications, ayant poursuivi l'étude d'une question particulière.

Ier chapitre : HISTOLOGIE et ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

2ème " : PATHOLOGIE MEDICALE-

3ème " : PATHOLOGIE EXOTIQUE -

4ème " : THERAPEUTIQUE MEDICALE -

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Ier Chapitre : HISTOLOGIE et ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

GLANDES à SECRETION INTERNE -

I° Un procédé de fixation précoce des pièces histologiques sur le cadavre -

(in Thèse de Montpellier I9I4) 6 pages (22 à 28)

2° Orchites du nouveau né et Infantilisme- 24 pages,5 figures

(Mémoire honoré du Prix Rampal I9I3 par le Comité Médical des B.d.R.)
(en Collaboration avec Mr. le Dr Payan)

3° ATRophie thyroidienne chez les Athrepsiques

(C.R. de la Société de Biologie I9I3. En collab.avec M.le Pr.Alezais)

4° Anatomie pathologique des Glandes à sécrétion interne dans l'Athrepsie -

(Thèse de Doctorat - Montpellier I9I4) 225 pages 6 figures
(XVIIe Congrès français de Médecine - Bordeaux I923

Ces travaux rapportent les résultats d'une longue série de recherches que nous avons poursuivies pendant plus de IO ans, de I9IO à I923 au Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille (Mr. Alezais Professeur).

Ces recherches ont eu pour but, après une étude attentive et complète de l'HISTOLOGIE NORMALE des Glandes à sécrétion interne du nouveau né et du nourrisson, d'étudier les LESIONS présentées par ces glandes au cours de certaines dystrophies et particulièrement de l'athrepsie.

Elles ont eu pour résultat de justifier les essais de traitement opothérapique de l'athrepsie que nous avons résumés dans un travail ultérieur et dont la Thèse de Courbin (Bordeaux I92I) a été une application intéressante.

La notion des altérations thyroidiennes prédominantes chez les athrepsiques, qui est la conclusion histo-pathologique principale de nos travaux, a trouvé sa confirmation dans l'étude faite en I92I par Mr. le Pr. Hutinel et Mr. Maillet des dystrophies d'origine glandulaire.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-: :-:-:-

GLANDES à SECRETION INTERNE -

1o Un procédé de fixation précoce des pièces histologiques sur le cadavre -

(in Thèse de Montpellier 1914) 6 pages (22 à 28)

2o Orchites du nouveau né et Infantilisme- 24 pages,5 figures

(Mémoire honoré du Prix Rampal 1913 par le Comité Médical des B.d.R.
(en Collaboration avec Mr. le Dr Payan)

3o Atrophie thyroïdienne chez les Athrepsiques

(C.R. de la Société de Biologie 1912. En collab.avec M.le Pr.Alezais

4o Anatomie pathologique des Glandes à sécrétion interne dans l'Athrepsie -

(Thèse de Doctorat - Montpellier 1914) 225 pages 6 figures
(XVIIe congrès français de Médecine - Bordeaux 1923

Ces travaux rapportent les résultats d'une longue série de recherches que nous avons poursuivies pendant plus de 10 ans, de 1910 à 1923 au Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille (Mr. Alezais Professeur).

Ces recherches ont eu pour but, après une étude attentive et complète de l'HISTOLOGIE NORMALE des Glandes à sécrétion interne du nouveau né et du nourrisson, d'étudier les LESIONS présentées par ces glandes au cours de certaines dystrophies et particulièrement de l'athrepsie.

Elles ont eu pour résultat de justifier les essais de traitement opothérapique de l'athrepsie que nous avons résumés dans un travail ultérieur et dont la Thèse de Coubin (Bordeaux 1921) a été une application intéressante.

La notion des altérations thyroïdiennes prédominantes chez les athrepsiques qui est la conclusion histo-pathologique principale de nos travaux, a trouvé sa confirmation dans l'étude faite en 1921 par Mr. le Pr. Hutinel et Mr. Maillet des

Un Procédé de fixation précoce des pièces histologiques sur le cadavre -

La fragilité très grande des glandes vasculaires sanguines et la recherche d'un moyen qui nous mette à l'abri des altérations cadavériques, a été notre première préoccupation.

Nous avons utilisé le liquide picro-formo-acétique de Bouin, en injections préalables et nous avons tiré de ce procédé le plus grand profit au point de vue de la fixation précoce des divers organes.

Technique employée chez le nourrisson. Il est indispensable que les injections au Bouin soient faites par région du corps et dans chaque région, le plus exactement possible par organe. Nous avons ainsi pratiqué des injections craniennes, cervicales, thoraciques et abdominales.

Dans le crâne .- Nous avions en vue la fixation de l'hypophyse. Notre matériel instrumental était composé simplement d'un trocart à robinet, utilisé dans la ponction lombaire et d'une seringue en verre de 20 cc.

Pour atteindre la région de la selle turcique, le meilleur repère, dans nos différentes expériences, a été le suivant : si l'on trace les diagonales du quadrilatère formé par la fontanelle bregmatique, il faudra introduite l'aiguille sur la diagonale antéro-postérieure à un centimètre en avant environ de l'intersection des deux diagonales. On enfonce le trocart, dans la plupart des cas, perpendiculairement de 6 centimètres environ, et l'on est arr^eté alors par un plan osseux qui n'est autre que la région médiane de l'étage moyen. Si au lieu de buter ainsi l'aiguille glisse et s'enfonce profondément, c'est qu'on est derrière la selle turcique dans la gouttière basilaire et il faut ramener en avant la pointe de l'instrument. Il ne faut pas craindre, quand on est arrivé sur le plancher de l'étage moyen, d'enfoncer un peu le trocart pour pénétrer dans la loge turcique. On adapte ensuite la seringue et on injecte avec force 4 ou 8 centimètres cubes, on retire ensuite légèrement l'aiguille et on continue à pousser du Bouin par la seringue jusqu'à concur-

Un Procédé de fixation précoce des pièces histologiques sur le cadavre -

La fragilité très grande, des glandes vasculaires sanguines et la recherche d'un moyen qui nous mette à l'abri des altérations cadavériques, a été notre première préoccupation.

Nous avons utilisé le liquide picro-formo-acétique de Bouin, en injections préalables et nous avons tiré de ce procédé le plus grand profit au point de vue de la fixation précoce des divers organes.

Technique employée chez le nourrisson. Il est indispensable que les injections au Bouin soient faites par région du corps et dans chaque région, le plus exactement possible par organe. Nous avons ainsi pratiqué des injections craniennes, cervicales thoraciques et abdominales.

Dans le crâne .- Nous avions en vue la fixation de l'hypophyse. Notre matériel instrumental était composé simplement d'un trocart à robinet, utilisé dans la ponction lombaire et d'une seringue en verre de 20 cc.

Pour atteindre la région de la selle turcique, le meilleur repère, dans nos différentes expériences, a été le suivant : si l'on trace les diagonales du quadrilatère formé par la fontanelle bregmatique, il faudra introduire l'aiguille sur la diagonale antéro-postérieure à un centimètre en avant environ de l'intersection des deux diagonales. On enfonce le trocart, dans la plupart des cas, perpendiculairement de 6 centimètres environ, et l'on est arrêté alors par un plan osseux qui n'est autre que la région médiane de l'étage moyen. Si au lieu de buter ainsi l'aiguille glisse et s'enfonce profondément, c'est qu'on est derrière la selle turcique dans la gouttière basilaire et il faut ramener en avant la pointe de l'instrument. Il ne faut pas craindre, quand on est arrivé sur le plancher de l'étage moyen, d'enfoncer un peu le trocart pour pénétrer dans la loge turcique. On adapte ensuite la seringue et on injecte avec force 4 ou 8 centimètres cubes, on retire ensuite légè-

rence de 25 à 30 centimètres cubes. C'est cette quantité de liquide qu'il nous a paru en pratique ne pas falloir dépasser chez l'enfant de un à trois mois. On évite ainsi une trop forte tension qui occasionnerait l'écoulement du liquide par l'orifice de ponction; après qu'on a retiré l'aiguille, on détruit la continuité du trajet creusé par une friction vigoureuse sur les téguments et on oblitère le petit pertuis d'entrée avec une goutte de collodion. La tête est un peu relevée et laissée ainsi jusqu'à l'heure de l'autopsie. Nous avons pu obtenir par ce moyen une imprégnation de la glande pituitaire et généralement la fixation de la face inférieure du cerveau antérieur et de l'isthme encéphalique.

Dans le cou .- Ce sont les organes de la région thyroïdienne que nous avons essayé de fixer. Ici la simple aiguille à sérum et la seringue de 20 cc. nous ont suffi.

On repère les bords postérieurs du cartilage thyroïde et à 1 centimètre au-dessous de la corne supérieure de ce cartilage, on enfonce l'aiguille de 2 centimètres en la dirigeant d'arrière en avant, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas. On injecte ensuite 5 cc. de liquide picro-formo-acétique. On pratique une injection semblable de chaque côté et on n'a pas de peine à éviter l'issue du liquide si on a piqué une seule fois et si on fait rapidement une compression moyenne sur le pertuis d'entrée après qu'on a retiré l'aiguille.

Dans le thorax .- Nos injections ont eu pour but de fixer le thymus. Il a été très simple d'enfoncer verticalement une aiguille à sérum derrière la fourchette sternale, à 1 centimètre de profondeur et de pousser là, par la seringue, 40 cc. de Bouin. Une deuxième ponction, par l'extrémité interne du deuxième espace intercostal droit, puis, gauche, nous a permis d'atteindre la portion inférieure de l'organe et d'injecter là encore 40 à 50 cc. de Bouin dans les deux fois.

Cavité abdominale .- Nous avons eu ici pour but de fixer surtout le foie, la rate, le pancras et la surrénale. C'est ici en particulier, qu'il est nécessaire d'avoir, pour la fixation de chaque organe, des points de repère précis. Notre instrumentation

rence de 25 à 30 centimètres cubes. C'est cette quantité de liquide qu'il nous a paru en pratique ne pas falloir dépasser chez l'enfant de un à trois mois. On évite ainsi une trop forte tension qui occasionnerait l'écoulement du liquide par l'orifice de ponction; après qu'on a retiré l'aiguille, on détruit la continuité du trajet creusé par une friction vigoureuse sur les téguments et on oblitère le petit pertuis d'entrée avec une goutte de collodion. La tête est un peu relevée et laissée ainsi jusqu'à l'heure de l'autopsie. Nous avons pu obtenir par ce moyen une imprégnation de la glande pituitaire et généralement la fixation de la face inférieure du cerveau antérieur et de l'isthme encéphalique.

Dans le cou. - Ce sont les organes de la région thyroïdienne que nous avons essayé de fixer. Ici la simple aiguille à sérum et la seringue de 20 cc. nous ont suffi.

On repère les bords postérieurs du cartilage thyroïde et à 1 centimètre au-dessous de la corne supérieure de ce cartilage, on enfonce l'aiguille de 2 centimètres en la dirigeant d'arrière en avant, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas. On injecte ensuite 5 cc. de liquide picro-formo-acétique. On pratique une injection semblable de chaque côté et on n'a pas de peine à éviter l'issue du liquide si on a piqué une seule fois et si on fait rapidement une compression moyenne sur le pertuis d'entrée après qu'on a retiré l'aiguille.

Dans le thorax. - Nos injections ont eu pour but de fixer le thymus. Il a été très simple d'enfoncer verticalement une aiguille à sérum derrière la fourchette sternale, à 1 centimètre de profondeur et de pousser là, par la seringue, 40 cc. de Bouin. Une deuxième ponction, par l'extrémité interne du deuxième espace intercostal droit, puis, gauche, nous a permis d'atteindre la portion inférieure de l'organe et d'injecter là encore 40 à 50 cc. de Bouin dans les deux fois.

Cavité abdominale. - Nous avons eu ici pour but de fixer surtout le foie, la rate, le pancréas et la surrénale. C'est ici en particulier, qu'il est nécessaire d'avoir ... points de repère précis. Notre instrumentatio-

se composait d'une aiguille de Calot, du plus gros calibre, et d'une seringue à hydrocèle de 100 centimètres cubes.

On comprendra que la question des repères ne se pose point pour l'estomac et l'intestin, pour l'ovaire chez la paetite fille. Mais pour les autres glandes endocrines abdominales, voici comment nous avons procédé après de longs et nombreux essais.

Foie .- Deux points d'injection :

1° Point supérieur .- On pénètre dans le cinquième espace intercostal droit, au-dessous du mamelon, à 3 centimètres du bord sternal droit. L'aiguille est enfoncée profondément (6 à 7 centimètres), en bas et en dedans. On fait pénétrer, par ce premier pertuis, 50 cc. de Bouin.

2° Point latéral .- Permettant d'atteindre la face inférieure du foie et le rein. Enfoncer horizontalement l'aiguile sur la ligne axillaire, entre la onzième et la douzième côte et injecter à nouveau 50 cc. de liquide picro-formo-acétique.

Pancréas .- Au niveau du point cutané, situé sur le cadavre, normalement couché, à 2 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond le trocart jusqu'à la colonne vertébrale. Injecter 50 cc. de fixateur, puis déplacer latéralement l'aiguille qui glisse dans le sinus lombo-vertébral. On poussera par la seringue 30 cc. de Bouin de chaque côté du rachis. Cette seconde manoeuvre permet déjà d'atteindre le rein et la capsule surrénale.

Rein .- A la hauteur de la douzième dorsale, en arrière, ponctionner à 4 centimètres de chaque côté de la colonne vertébrale et injecter 20 grammes de Bouin.

Surrénale .- Pénétrer perpendiculairement avec l'aiguille par un point situé de chaque côté du corps à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire et faire passer 20 grammes de Bouin après chaque ponction.

La rate .- Entrer dans le thorax sur la ligne axillaire, au niveau du septième espace intercostal et injecter 20 cc. de Bouin, après avoir enfoncé l'aiguille de

se composait d'une aiguille de Calot, du plus gros calibre, et d'une seringue à hydrocèle de 100 centimètres cubes.

On comprendra que la question des repères ne se pose point pour l'estomac et l'intestin, pour l'ovaire chez la petite fille. Mais pour les autres glandes endocrines abdominales, voici comment nous avons procédé après de longs et nombreux essais.

<u>Foie</u> .- Deux points d'injection :

1o <u>Point supérieur</u> .- On pénètre dans le cinquième espace intercostal droit, au-dessous du mamelon, à 3 centimètres du bord sternal droit. L'aiguille est enfoncée profondément (6 à 7 centimètres), en bas et en dedans. On fait pénétrer, par ce premier pertuis, 50 cc. de Bouin.

2o <u>Point latéral</u> .- Permettant d'atteindre la face inférieure du foie et le rein. Enfoncer horizontalement l'aiguile sur la ligne axillaire, entre la onzième et la douzième côte et injecter à nouveau 50 cc. de liquide picro-formo-acétique.

<u>Pancréas</u> .- Au niveau du point cutané, situé sur le cadavre, normalement couché, à 3 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, enfoncer à fond le trocart jusqu'à la colonne vertébrale. Injecter 50 cc. de fixateur, puis déplacer latéralement l'aiguille qui glisse dans le sinus lombo-vertébral. On poussera par la seringue 30 cc. de Bouin de chaque côté du rachis. Cette seconde manoeuvre permet déjà d'atteindre le rein et la capsule surrénale.

<u>Rein</u> .- A la hauteur de la douzième dorsale, en arrière, ponctionner à 4 centimètres de chaque côté de la colonne vertébrale et injecter 20 grammes de Bouin.

<u>Surrénale</u> .- Pénétrer perpendiculairement avec l'aiguille par un point situé de chaque côté du corps à 4 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire et faire passer 20 grammes de Bouin après chaque ponction.

<u>La rate</u> .- Entrer dans le thorax sur la ligne axillaire, au niveau du septième es-

dehors en dedans, d'avant en arrière, et un peu de haut en bas à 5 centimètres de profondeur.

Le testicule, à cause de son albuginée se laisse difficilement pénétrer. Dans la plupart des cas, nous en avons fait l'ablation par une petite incision scroto-périnéale invisible.

On aura ainsi injecté de 280 à 300 cc. de liquide picro-formo-acétique. C'est la quantité maxima que l'on puisse faire pénétrer dans la cavité abdominale sans produire une tension telle que l'occlusion des pertuis d'injection soit désormais impossible. Pour empêcher d'ailleurs tout écoulement de liquide, chaque fois que l'on va retirer l'aiguillle de Calot, on passe un fil de soie à l'aide d'une petite aiguille courbe à suture et l'on se tient prêt à serrer fortement dès la sortie de l'instrument qui a servi à injecter. On fait ensuite un noeud droit et on dépose une goutte de collodion sur la petite suture.

On remédiera au léger inconvénient de la coloration des téguments par l'action décolorante de la solution suivante, qui employée après un bon savonnage, nous a donné des résultats satisfaisants :

Benzoate de lithine	10 gr.
Borate de soude	8 gr.
Eau distillée	200 cc.

dehors en dedans, d'avant en arrière, et un peu de haut en bas [illegible] centimètr[illegible] de profondeur.

Le testicule, à cause de son albuginée se laisse difficilement pénétrer. Dans la plupart des cas, nous en avons fait l'ablation par une petite incision scroto-périnéale invisible.

On aura ainsi injecté de 280 à 300 cc. de liquide picro-formo-acétique. C'est la quantité maxima que l'on puisse faire pénétrer dans la cavité abdominale sans produire une tension telle que l'occlusion des pertuis d'injection soit désormais impossible. Pour empêcher d'ailleurs tout écoulement de liquide, chaque fois que l'on va retirer l'aiguille de Colot, on passe un fil de soie à l'aide d'une petite aiguille courbe à suture et l'on se tient prêt à serrer fortement dès la sortie de l'instrument qui a servi à injecter. On fait ensuite un noeud droit et on dépose une goutte de collodion sur la petite suture.

On remédiera au léger inconvénient de la coloration des téguments par l'action décolorante de la solution suivante, qui employée après un bon savonnage, nous a donné des résultats satisfaisants :

Benzoate de lithine .... 10 gr.
Borate de soude .... 8 gr.
Eau distillée .... 200 cc.

19 **Orchites du nouveau-né et infantilisme -**

(Mémoire honoré du Prix Rampal par le Comité Médical des B-d-R.) 1913-
(En collaboration avec M. le DR; PAYAN)

L'étude anatomo-pathologique détaillée d'une orchite aigüe chez un nouveau-né survenue 7 jours après la naissance et ayant entrainée la mort au milieu de phénomènes septicémiques a permis aux Auteurs de décrire les lésions de l'orchite aigüe du nouveau-né rarement étudiée jusque là .

Les ensemencements de fragments d'organes,comme l'hémoculture, ont donné naissance à des cultures de stréptocoques .

Les lésions observées sont caractéristiques: intégrité des éléments épithéliaux ,des tubes séminipares et séminifères .Hémorragies abondantes, par places vrais infarctus dans le tissu intercanaliculaire .Les éléments conjonctifs sont en voie d'hyperplasie , les vaisseaux frappés de vascularite aigüe avec infiltration leucocytaire de leur paroi.

Le tissu diastématique enfin, respecté en quelques sones,est par ailleurs le siège de lésions dégénératives variées,allant jusqu'à la nécrose nucléaire et protoplasmique des cellules interstitielles (5 figures ou micro-photographies)

Après l'étude clinique des cas observé et un chapitre diagnostique,les Auteurs font une revue d'ensemble de tous les faits connus d'orchite de nouveau-né,et d'orchite infantile du premier âge(variolique, ourlienne,syphilitique,tuberculeuse). Ces faits montrent également la prédominance des altérations diastématiques . Ces lésions de la glande interstitielle,glande dont le rôle est capital dans le développement de l'individu,conduisent les auteurs à une étude sur l'infantilisme testiculaire et les amènent à conclure avec Souques à l'existence de l'infantilisme testiculaire sous la dépendance de lésions précoces de la glande interstitielle.

- - - - - -

19. Orchites du nouveau-né et infantilisme -

(Mémoire honoré du Prix Rampal par le Comité Médical des B-d-R.) 1913-
(En collaboration avec M. le Dr: PAYAN)

L'étude anatomo-pathologique détaillée d'une orchite aiguë chez un nouveau-né survenue 7 jours après la naissance et ayant entraînée la mort au milieu de phénomènes septicémiques a permis aux Auteurs de décrire les lésions de l'orchite aiguë du nouveau-né rarement étudiée jusque là .

Les ensemencements de fragments d'organes,comme l'hémoculture, ont donné naissance à des cultures de streptocoques .

Les lésions observées sont caractéristiques: intégrité des éléments épithéliaux ,des tubes séminipares et séminifères .Hémorragies abondantes, par places vrais infarctus dans le tissu intercanaliculaire .Les éléments conjonctifs sont en voie d'hyperplasie , les vaisseaux frappés de vascularite aiguë avec infiltration de leucocytes de leur paroi.

Le tissu diastématique enfin,respecté en quelques cones,est par ailleurs le siège de lésions dégénératives variées,allant jusqu'à la nécrose nucléaire et protoplasmique des cellules interstitielles (5 figures ou micro-photographies)

Après l'étude clinique des cas observé et un chapitre diagnostique,les Auteurs font une revue d'ensemble de tous les faits connus d'orchite de nouveau-né,et d'orchite infantile du premier âge(variolique, ourlienne,syphilitique,tuberculeuse). Ces faits montrent également la prédominance des altérations diastématiques . Ces lésions de la glande interstitielle,glande dont le rôle est capital dans le développement de l'individu,conduisent les auteurs à une étude sur l'infantilisme testiculaire et les amènent à conclure avec Gouques à l'existence de l'infantilisme testiculaire sous la dépendance de lésions précoces de la glande interstitielle.

- - - - - -

L'Atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques -

(C.R. de la Société de Biologie, 16 Décembre 1913)
(En collaboration avec M. le Professeur ALEZAIS)

La glande thyroïde est le siège d'altérations manifestes dans l'athrepsie. Nous avons étudié ces lésions sur quinze corps thyroïdes d'athrepsie, prélevés et fixés au Bouin peu de temps après la mort, pour réduire au minimum la possibilités d'altérations cadavériques.

Macroscopiquement, l'organe est petit, rougeâtre, de consistance très ferme, fibreuse, entre les doigts et sous le couteau. Son poids qui, à l'état normal, atteint 3 grammes à l'âge où ont été faites nos observations, ne dépasse pas, au maximum, 1 gr.30 chez nos sujets. La glande représente alors la 1/2370 partie du poids du corps, au lieu de la 1/1666 qui est la proportion normale.

L'étude microscopique des pièces colorées par l'hémalun-Van Gieson ou l'hémalum éosine-orange révèle les données suivantes :

1° Lésions de l'acinus.- Dans certains acini, qui paraissent être le siège de lésions dégénératives au début, on note que le revêtement épithélial encore normal dans sa disposition possède des éléments cellulaires de structure très variable. Dans les uns, le noyau présente un état clair pseudo-vacuolaire; il est volumineux et arrondi, tranchant par son aspect pâle au milieu des autres. Autour de lui, cytolyse légère dans le corps cellulaire. Ce dernier est généralement augmenté de volume ; son apex, déchiqueté irrégulièrement, fait saillie dans la lumière de l'acinus.

D'autres cellules ont des noyaux en bâtonnets, renflés et crénelés, ou encore offrant l'aspect de petites formations nucléaires irrégulièrement ovales. Le caryoplasme est dense, vaguement grenu; il fixe très intensément les colorants nucléaires, se montrant coloré en violet noir pat l'hémalun. de beaucoup plus nombreux que les noyaux clairs, ils sont souvent tassés les uns contre les autres. Le cytoplasme qui les entoure est rose-rouge par l'éosine-orange, jaunâtre par le Van Gieson, indistinct de la colloïde et amorphe en apparence comme elle. Ailleurs, les altérations du follicule thyroïdien sont marquées par le désordre, dans la rangée cellulaire, du revête-

L'atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques.-

(C.R. de la Société de Biologie, 16 Décembre 1916)
(En collaboration avec M. le Professeur ALEZAIS)

La glande thyroïde est le siège d'altérations manifestes dans l'athrepsie. Nous avons étudié ces lésions sur quinze corps thyroïdes d'athrepsie, prélevés et fixés au Bouin peu de temps après la mort, pour réduire au minimum les possibilités d'altérations cadavériques.

Macroscopiquement, l'organe est petit, rougeâtre, de consistance très ferme, fibreuse, entre les doigts et sous le couteau. Son poids qui, à l'état normal, atteint 3 grammes à l'âge où ont été faites nos observations, ne dépasse pas, au maximum, 1 gr.90 chez nos sujets. La glande représente alors la 1/2370 partie du poids du corps, au lieu de la 1/1636 qui est la proportion normale.

L'étude microscopique des pièces colorées par l'hémalun-Van Gieson ou l'hémalun éosine-orange révèle les données suivantes :

1° Lésions de l'acinus.- Dans certains acini, qui paraissent être le siège de lésions dégénératives au début, on note que le revêtement épithélial encore normal dans sa disposition possède des éléments cellulaires de structure très variable. Dans les uns, le noyau présente un état clair pseudo-vacuolaire; il est volumineux et arrondi, tranchant par son aspect pâle au milieu des autres. Autour de lui, cytoplasme légère dans le corps cellulaire. Ce dernier est généralement augmenté de volume ; son apex, déchiqueté irrégulièrement, fait saillie dans la lumière de l'acinus.

D'autres cellules ont des noyaux en bâtonnets, renflés et crénelés, ou encore offrant l'aspect de petites formations nucléaires irrégulièrement ovales. Le caryoplasme est dense, vaguement grenu; il fixe très intensément les colorants nucléaires, se montrant coloré en violet noir par l'hémalun. De beaucoup plus nombreux que les noyaux clairs, ils sont souvent tassés les uns contre les autres. Le cytoplasme qui les entoure est rose-rouge par l'éosine-orange, jaunâtre par le Van Gieson, indistinct de la colloïde et amorphe en apparence comme elle. Ailleurs, les altérations du fol-

revêtement épithélial. Les cellules à noyau pycnotiques augmentent le nombre. Quelques-uns des éléments cellulaires s'avancent vers le centre de l'acinus, dont la lumière est notablement rétrécie. En d'autres endroits, l'acinus découronné a sa cavité occupée en partie par des noyaux apparemment dépourvus d'enveloppe protoplasmique et réunis en amas compacts. Enfin, il est fréquent de rencontrer des acini dont la paroi est réduite à la basale conjonctive, ou simplement dessinée par le contour de la masse colloïde plus chromophile. La lumière entière est comblée de noyaux pycnotiques amassés sans ordre dans la colloïde et simulant ainsi des ilots cellulaires pleins.

A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent la colloïde est progressivement méconnaissable; entourant des amas de noyaux altérés répandus dans le stroma ou s'infiltrant en trainées assez larges au milieu des fibres conjonctives, cette substance possède en certains endroits toutes les affinités colorantes qui lui sont propres, puis sa teinte va en se dégradant insensiblement, supprimant ainsi toute transition entre elle et le tissu conjonctif ambiant. Ce sont d'ailleurs les altérations de ce tissu conjonctif qui présentent le plus grand intérêt dans cette étude. On trouve encore en quelques endroits, dans lesrégions interacineuses par exemple, d des fibrilles normales assez fines, mais le plupart des fibres du stroma, surtout dans les plages un peu étendues, s'épaississent, perdent leur aspect lamelleux. Les noyaux gardent leur disposition habituelle fusiforme. Ils paraissent très clairsemés; ils sont en réalité disséminés, séparés les uns des autres par la tuméfaction extrême du corps des fibres. Celles-ci offrent l'aspect de boyaux hyalins volumineux et contournés. Ces gros cordons dégénérés ne sont pas intimement accolés, les volutes qu'ils dessinent ménagent entre eux des interstices qui sont tantôt des capillaires aplatis et étouffés, à lumière allongée, rappelant les capillaires péri-acineux, tantôt au contraire de simples fentes interfibrillaires dans lesquelles sont disposées en assez grande abondance de petits blocs ou des trainées de colloïde. Par leurs bords ces vestiges colloïdiens se continuent insensiblement avec la substance hyaline des boyaux.

revêtement épithélial. Les cellules à noyau pycnotiques augmentent de nombre. Quelques-uns des éléments cellulaires s'avancent vers le centre de l'acinus, dont la lumière est notablement rétrécie. En d'autres endroits, l'acinus déchiqueté a sa cavité occupée en partie par des noyaux apparemment dépourvus d'enveloppe protoplasmique et réunis en amas compacts. Enfin, il est fréquent de rencontrer des acini dont la paroi est réduite à la basale conjonctive, ou simplement dessinée par le contour de la masse colloïde plus chromophile. La lumière entière est comblée de noyaux pycnotiques amassés sans ordre dans la colloïde et simulant ainsi des ilots cellulaires pleins.

A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent la colloïde est progressivement méconnaissable; entourant des amas de noyaux altérés répandus dans le stroma ou s'infiltrant en traînées assez larges au milieu des fibres conjonctives, cette substance possède en certains endroits toutes les affinités colorantes qui lui sont propres, puis sa teinte va en se dégradant insensiblement, supprimant ainsi toute transition entre elle et le tissu conjonctif ambiant. Ce sont d'ailleurs les altérations de ce tissu conjonctif qui présentent le plus grand intérêt dans cette étude. On trouve encore en quelques endroits, dans les régions interacineuses par exemple, des fibrilles normales assez fines, mais la plupart des fibres du stroma, surtout dans les plages un peu étendues, s'épaississent, perdent leur aspect lamelleux. Les noyaux gardant leur disposition habituelle fusiforme. Ils paraissent très clairsemés; ils sont en réalité disséminés, séparés les uns des autres par la tuméfaction extrême du corps des fibres. Celles-ci offrent l'aspect de boyaux hyalins volumineux et contournés. Ces gros cordons dégénérés ne sont pas intimement accolés, les volutes qu'ils dessinent ménagent entre eux des interstices qui sont tantôt des capillaires aplatis et étouffés, à lumière allongée, rappelant les capillaires péri-acineux, tantôt au contraire de simples fentes interfibrillaires dans lesquelles sont disposées en assez grande abondance de petits blocs ou des traînées de colloïde. Par leurs
[illegible] se continuent insensiblement avec la substance hyali-

Il y a aussi çà et là, noyés dans le tissu conjonctif des noyaux nucléaires pycnotiques d'abord très sombres, puis de plus en plus pâles trparaissant se fondre peu à peu dans le tissu environnant.

Cette néoformation conjonctive ne semblant pas précédée du travail inflammatoire qui accompagne la sclérose ordinaire (néo-vaisseaux, plasmazellen, multiplication des éléments conjonctifs) parait présenter en somme les caractères d'une sclérose dystrophique d'un genre particulire.

Anatomie pathologique dae Glandes à Sécrétion Interne dans l'Athrepsie -

(Thèse de Doctorat - Montpellier I9I4)
(236 pages - 4 planchee, 6 figures dont 4 en couleurs).
(C.R. du XVIIe Confrès français de Médecine - Bordeaux I923, pages 370 à 376)

Ces travaux qui sont le résultat de longuas années de recherchee ne peuvent être utilement préeentés ici, las circonstances ne l'ayant pae permis. Le volume de notre Thèse est donc joint à cat exposé de titree et travaux scientifiques et il sera facile d'en vérifier les résultats illustrés de planches histologiquee en couleurs.

L'exposé de nos racherches est précédé d'una longue étude d'Histologie normale sur toutes lee glandes vaeculaires sanguines : Hypophyse, Plaxus choroïdes, Corps thyroïde, Parathyroïdes, Thymus, Foie, Rate, Pancréas, Surrénale, Ovaire, Testicules.

Dans ces travaux, comme dans tout l'enseignement de l'Histologie pathologique qui nous a été confié à l'Ecole de Médecine depuis 5 ans, nous avons toujours fait précéder l'étude des lésions histologiques des organee d'une description précise et complète de l'Histologie normale de cas organes.

Les données d'Anatomie et d'Histologie pathologiques sont exposées ensuite et leur description d'ensemble est tirée de l'étude détaillée de vingt observations puisées parmi plus de I00 autopsies de nourrissons. Le procédé de fixation précoce sur le cadavre par le liquide de Bouin nous a permis de poursuivre nos études Histologiques sur un matériel fixé régulièrement dix minutes aprèe la mort.

Parmi les glandee endocrines des athrepsiques, certaines sont régulièrement et profondément modifiées. Ce sont la thyroïde, les parathyroïdes, te thymus, les s surrénales et les ovairee qui présentent dee altérations notables, l'hypophysa et les îlots de Langhérans du pancréas qui montrent dee signes d'hyperactivité. Par contre : le foie, la rate, le tube digestif, le rein, le testicule, n'offrent pas d'altérations constantes et régulièrement gravee.

La GLANDE THYROIDE présenta des altérations manifestes que nous avons étudiées

Anatomie pathologique des Glandes à Sécrétion Interne dans l'Athrepsie -

(Thèse de Doctorat - Montpellier 1914)
(236 pages - 4 planches, 6 figures dont 4 en couleurs).
(C.R. du XVIIe Congrès Français de Médecine - Bordeaux 1923, pages 570 à 576

Ces travaux qui sont le résultat de longues années de recherches ne peuvent être utilement présentés ici, les circonstances ne l'ayant pas permis. Le volume de notre Thèse est donc joint à cet exposé de titres et travaux scientifiques et il sera facile d'en vérifier les résultats illustrés de planches histologiques en couleurs.

L'exposé de nos recherches est précédé d'une longue étude d'Histologie normale sur toutes les glandes vasculaires sanguines : Hypophyse, Plexus choroïdes, Corps thyroïde, Parathyroïdes, Thymus, Foie, Rate, Pancréas, Surrénale, Ovaire, Testicule.

Dans ces travaux, comme dans tout l'enseignement de l'Histologie pathologique qui nous a été confié à l'Ecole de Médecine depuis 5 ans, nous avons toujours fait précéder l'étude des lésions histologiques des organes d'une description précise et complète de l'Histologie normale de ces organes.

Les données d'Anatomie et d'Histologie pathologiques sont exposées ensuite et leur description d'ensemble est tirée de l'étude détaillée de vingt observations puisées parmi plus de 100 autopsies de nourrissons. Le procédé de fixation précoce sur le cadavre par le liquide de Bouin nous a permis de poursuivre nos études histologiques sur un matériel fixé régulièrement dix minutes après la mort.

Parmi les glandes endocrines des athrepsiques, certaines sont régulièrement et profondément modifiées. Ce sont la thyroïde, les parathyroïdes, le thymus, les surrénales et les ovaires qui présentent des altérations notables. L'hypophyse et les îlots de Langherans du pancréas qui montrent des signes d'hyperactivité. Par contre : le foie, la rate, le tube digestif, le rein, le testicule, n'offrent pas d'altérations constantes et régulièrement graves.

avec notre maître le professeur ALEZAIS, après Lucien et Thompson.

Déjà Lucien, en 1908, dit que l'organe est diminué de poids et de volume, qu'il est le siège d'une sclérose envahissante étouffant les acini.

Macroscopiquement : chez nos athrepsiques, l'organe est petit, rougeâtre, pèse 1 gr. 60 au lieu de 3 gr. en moyenne, à l'âge où ont été faites nos observations.

Microscopiquement: les lésions de l'acinus sont caractérisées par la caryolyse de quelques noyaux, la cytolyse légère de quelques corps cellulaires et surtout la pycnose de la plupart des autres noyaux avec dégénérescence marquée du cytoplasme. A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent, la colloïde est progressivement méconnaissable. Elle contient des amas de noyaux altérés, perd sa colorabilité normale et, souvent, s'échappe à travers la paroi bouleversée de l'acinus. Elle se répand alors en trainées assez larges dans les espaces conjonctif interacineux. Sa teinte va en se dégradant insensiblement et prend les affinités colorantes du tissu conjonctif ambiant qu'elle paraît infiltrer et imbiber.

Le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïde présente les lésions les plus remarquables. En opposition avec le tassement et la destruction des acini on assiste à l'épaississement de la capsule thyroïdienne et des travées interlobulaires. Cet épaississement n'est cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive active; dans les travées du stroma thyroïdien, on ne rencontre ni multiplications nucléaires, ni éléments fibroformateurs ni plasmazellen, ni néo-vaisseaux, rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire accompagnant la sclérose ordinaire. Les fibres conjonctives sont gonflées et hyalines sans modification visible de leurs noyaux et, entre elles, paraissant se continuer insensiblement avec leur substance, se voient en assez grande abondance des débris ou des blocs de colloïde ayant infiltré le stroma; sclérose périvasculaire marquée.

avec notre maître le professeur Al..Al., [illegible] Lucien et Thompson.

Déjà Lucien, en 1908, dit que l'organe est diminué de poids et de volume, qu'il est le siège d'une sclérose envahissante étouffant les acini.

Macroscopiquement : chez nos athrepsiques, l'organe est petit, rougeâtre, pèse 1 gr. 60 au lieu de 3 gr. en moyenne, à l'âge où ont été faites nos observations.

Microscopiquement : les lésions de l'acinus sont caractérisées par la cytolyse de quelques noyaux, la cytolyse légère de quelques corps cellulaires et surtout la pycnose de la plupart des autres noyaux avec dégénérescence marquée du cytoplasme. A mesure que ces lésions cellulaires s'organisent, la colloïde est progressivement méconnaissable. Elle contient des amas de noyaux altérés, perd sa colorabilité normale et, souvent, s'échappe à travers la paroi bouleversée de l'acinus. Elle se répand alors en traînées assez larges dans les espaces conjonctif interacineux. Sa teinte va en se dégradant insensiblement et prend les affinités colorantes du tissu conjonctif ambiant qu'elle paraît infiltrer et imbiber.

Le tissu conjonctif interstitiel de la glande thyroïde présente les lésions les plus remarquables. En opposition avec le tassement et la destruction des acini on assiste à l'épaississement de la capsule thyroïdienne et des travées interlobulaires. Cet épaississement n'est cependant pas le fait d'une prolifération conjonctive active; dans les travées du stroma thyroïdien, on ne rencontre ni multiplications nucléaires, ni éléments fibroformateurs ni plasmazellen, ni néo-vaisseaux, rien en somme qui rappelle le travail inflammatoire accompagnant la sclérose ordinaire. Les fibres conjonctives sont gonflées et hyalines sans modification visible de leurs noyaux et, entre elles, paraissant se continuer insensiblement avec leur substance, se voient en assez grande abondance des débris ou des blocs de colloïde ayant infiltré le stroma; sclérose périvasculaire marquée.

Les PARATHYROIDES sont très diminuées de volume, leur poids oscille entre 3 milligrammes et 8 milligrammes.

Elles présentent une notable sclérose péri et intraglandulaire. Leurs cellules sont les unes claires, gonflées, vacuolaires, surchargées de graisse, les autres ont conservé leur aspect normal. La glande a le type de la parathyroïde à aspect diffus et ses lésions rappellent l'adénome graisseux de la parathyroïde; pas de colloïde visible, congestion vasculaire marquée.

Le THYMUS est aussi notablement altéré, gris, rosé ou rougeâtre; il est très diminué de volume et de consistance plus ferme que normalement; il pèse 1 gr. à 2 gr. 50 au lieu de 3 à 5 grammes.

Microscopiquement, on trouve parfois une sclérose capsulaire et interstitielle de la glande, faite de fibres gonflés et hyalinés comme dans la thyroïde, labourant le parenchyme, enserrant les corpuscules de Hassal qui paraissent en de nombreux points se fondre dans leur coque fibreuse.

Le parenchyme présente d'autres fois l'aspect décrit par Lucien, puis par Mme Feldzer sous le nom d'inversion thymique, la couche corticale étant pâle et pauvre en noyaux, la couche médullaire, au contraire, possédant un aspect sombre grâce aux nombreux mononucléaires et petites cellules thymiques qui se pressent dans son épaisseur.

Les corpuscules de Hassal sont nombreux et quelquefois présentent une ébauche de dégénérescence kystique.

Dans l'inversion thymique qui témoignerait d'une involution précoce, capsule et stroma sont peu épaissis, la sclérose est donc très faible. Ces 2 types de lésions se rencontrent chez nos sujets, les uns présentent une sclérose thymique avancée, les autres ayant simplement de l'inversion thymique sans sclérose notable.

Les SURRENALES, peu modifiées à l'oeil nu, ont un poids inférieur à la normale, et présentent microscopiquement une couche corticale peu modifiée, pauvre en graisse.

Les PARATHYROIDES sont très diminuées de volume, leur poids oscille entre 5 milligrammes et 8 milligrammes.

Elles présentent une notable sclérose péri et intraglandulaire. Leurs cellules sont les unes claires, gonflées, vacuolaires, surchargées de graisse, les autres ont conservé leur aspect normal. La glande a le type de la parathyroïde à aspect diffus et ses lésions rappellent l'adénome graisseux de la parathyroïde; pas de colloïde visible, congestion vasculaire marquée.

Le THYMUS est aussi notablement altéré, gris, rosé ou rougeâtre; il est très diminué de volume et de consistance plus ferme que normalement; il pèse 1 gr. à 2 gr. 50 au lieu de 3 à 5 grammes.

Microscopiquement, on trouve partout une sclérose capsulaire et interstitielle de la glande, faite de fibres gonflées et hyalinées comme dans la thyroïde, labourant le parenchyme, enserrant les corpuscules de Hassal qui paraissent en de nombreux points se fondre dans leur coque fibreuse.

Le parenchyme présente d'autres fois l'aspect décrit par Lucien, puis par Dominici sous le nom d'inversion thymique, la couche corticale étant pâle et pauvre en noyaux, la couche médullaire, au contraire, possédant un aspect sombre grâce aux nombreux mononucléaires et petites cellules thymiques qui se pressent dans son épaisseur.

Les corpuscules de Hassal sont nombreux et quelquefois présentent une ébauche de dégénérescence kystique.

Dans l'inversion thymique qui témoignerait d'une involution précoce, capsule et stroma sont peu épaissis, la sclérose est donc très faible. Ces 2 types de lésions se rencontrent chez nos sujets, les uns présentent une sclérose thymique avancée, les autres ayant simplement de l'inversion thymique sans sclérose notable.

Les SURRENALES, peu modifiées à l'oeil nu, ont un poids inférieur à la normale, et présentent microscopiquement une couche corticale peu modifiée, pauvre en graisse.

La médullaire est surtout altérée par de larges zones de destruction cellulaire avec des hémorragies nombreuses. Elle peut parfois être le siège d'une sclérose marquée.

Les OVAIRES ont un poids diminué, ils ont généralement l'aspect kystique; microscopiquement, l'éputhélium germinatif est normal, le cortex ovarien est riche en follicules primordiaux, on peut rencontrer quelques rares follicules jeunes ou même plus évolués. Enfin, il est fréquent d'observer au sein de l'organe des cavités kystiques volumineuses pouvant atteindre jusqu'à six millimètres de diamètre. Leur paroi a une structureassez semblable à celle d'un ovisac adulte, et leur contenu est une sérosité abondante où sont inclus de nombreux débris cellulaires. Entre les kystes, aspect normal de la substance médullaire.

L'HYPOHYSE est normale à l'oeil nu, et son poids dépasse un peu les chiffres ordinaires : IO cgr. en moyenne chez nos enfants de 2 à 3 mois.

Microscopiquement, pas de sclérose, ni capsulaire ni interstitielle.

Le lobe antérieur, sur vingt observations, présnte I2 fois le type diffus, six fois le type cordonal et 2 fois le type lobuté de Laignel-Lavastine et Jonnesco.

Dans I8 cas sur 20, les cellules du lobe antérieur sont presque toutes chromophiles. Cette chromopholie presque exclusive des éléments cellulaires est, on le sait, un signe important d'hyperactivité; parmi les chromophiles, les éosinophiles l'emportent sur les cyanophiles.

Dans les hypophéses riches en cordons éosinophiles, le lobe antérieur a le type diffus, le lobe intermédiaire présente de nombreux lacs colloïdes et une fente palléale riche également en colloïde. Les vaisseaux sont congestionnés. Le lobe postérieur de ces glandes est pauvre en cellules hypophysaires antérieures, en pigment et en colloïdes, son reticulum est assez dense et vascularisé. Pas de tréponèmes dans l'hypophyse; aucune des lésions qui ont été remarquablement décrites par Sabrazès et Dupérié, puis retrouvées par Castelli chez les hérédo-sychilitiques.

a médullaire est surtout altérée par de larges zones de [illegible] cellulaire
vec des hémorragies nombreuses. Elle peut parfois être le siège d'une sclérose
arquée.

Les OVAIRES ont un poids diminué, ils ont généralement l'aspect kystique;
Microscopiquement, l'épithélium germinatif est normal, le cortex ovarien est riche
n follicules primordiaux, on peut rencontrer quelques rares follicules jeunes ou
ême plus évolués. Enfin, il est fréquent d'observer au sein de l'organe des cavi-
és kystiques volumineuses pouvant atteindre jusqu'à six millimètres de diamètre.
eur paroi a une structure assez semblable à celle d'un ovisac adulte, et leur contenu
t une sérosité abondante où sont inclus de nombreux débris cellulaires. Entre les
ystes, aspect normal de la substance médullaire.

L'HYPOPHYSE est normale à l'oeil nu, et son poids dépasse un peu les chiffres
linaires : 10 cgr. en moyenne chez nos enfants de 2 à 3 mois.

Microscopiquement, pas de sclérose, ni capsulaire ni interstitielle.

Le lobe antérieur, sur vingt observations, présente 12 fois le type diffus, six
fois le type cordonal et 2 fois le type lobulé de Laignel-Lavastine et Jonnesco.

Dans 18 cas sur 20, les cellules du lobe antérieur sont presque toutes chromo-
philes. Cette chromophilie presque exclusive des éléments cellulaires est, on le sait,
un signe important d'hyperactivité; parmi les chromophiles, les éosinophiles l'empor-
tent sur les cyanophiles.

Dans les hypophyses riches en cordons éosinophiles, le lobe antérieur a le type
diffus, le lobe intermédiaire présente de nombreux lacs colloïdes et une fente palléale
riche également en colloïde. Les vaisseaux sont congestionnés. Le lobe postérieur de
la glande est pauvre en cellules hypophysaires antérieures, en pigment et en colloï-
de, son reticulum est assez dense et vascularisé. Pas de tréponèmes dans l'hypophyse;
aucune des lésions qui ont été remarquablement décrites par Sabrazès et Dupérié, puis

Dans les hypophyses riches en cyanophiles, le lobe antérieur a le type cordonal. Lobes intermédiaires et postérieurs identiques au type précédent.

Le PANCREAS est généralement pâle, de poids inférieur à la normale.

Microscopiquement, la glande exocrine est peu atteinte; les cavités sécrétantes sont généralement normales.

Les îlots de Langhérans (glandes endocrines) sont chez la plupart de nos sujets en nombre très considérable, mais ils présentent des altérations notables de leurs noyaux cellulaires vacuolaires ou pyctoniques, et un aspect diffus sans limites nettes du cycloplasme laghéransien; la sclérose intra-insulaire est rare, nous l'avons observée 2 fois.

Ribadeau-Dumas et Faroy en 1919 ont signalé aussi la multiplication et le développement des formations langhéransiennes chez les athrepsiques hérédo-syphilitiques.

Légère sclérose capsulaire et interstitielle, canaux excréteurs et vaisseaux normaux.

Le FOIE, macroscopiquement, peu modifié, présente peu d'altérations microscopiques.

Microscopiquement, les cellules hépatiques sont par place légèrement graisseuses, d'autres fois à peine surchargées de pigment hépatique.

La sclérose capsulaire, périportale ou périsushépatique, est rare; nous l'avons rencontrée une fois chez nos malades.

Canaux excréteurs et vaisseaux indemnes. Il faut remarquer cette intégrité relative du foie chez nos athrepsiques qui contraste avec les lésions nettes et assez constantes décrites par Barbier et Cléret-Ribadeau-Dumas et Faroy chez les hérédo-syphilitiques athrepsiques.

La RATE est légèrement diminuée de volume et cyanotique.

Sa capsule est parfois légèrement épaissie, les corpuscules de Malpighi sont

Dans les hypophyses riches en cyanophiles, le [illegible] type [illegible] nal, Lobes intermédiaires et postérieurs identiques au type précédent.

Le PANCREAS est généralement pâle, de poids inférieur à la normale.

Microscopiquement, la glande exocrine est peu atteinte; les cavités sécrétoires sont généralement normales.

Les îlots de Langhérans (glandes endocrines) sont chez la plupart de nos sujets en nombre très considérable, mais ils présentent des altérations notables de leurs noyaux cellulaires vacuolaires ou pycnotiques, et un aspect diffus sans limites nettes du cytoplasme langhéransien; la sclérose intra-insulaire est rare, nous l'avons observée 2 fois.

Ribadeau-Dumas et Faroy en 1919 ont signalé aussi la multiplication et le développement des formations langhéransiennes chez les athrepsiques hérédo-syphilitiques.

Légère sclérose capsulaire et interstitielle, canaux excréteurs et vaisseaux normaux.

Le FOIE, macroscopiquement, peu modifié, présente peu d'altérations microscopiques.

Microscopiquement, les cellules hépatiques sont par place légèrement graisseuses, d'autres fois à peine surchargées de pigment hépatique.

La sclérose capsulaire, périportale ou périsushépatique, est rare; nous l'avons rencontrée une fois chez nos malades.

Canaux excréteurs et vaisseaux indemnes. Il faut remarquer cette intégrité relative du foie chez nos athrepsiques qui contraste avec les lésions nettes et assez constantes décrites par Barbier et Cléret-Ribadeau-Dumas et Faroy chez les hérédo-syphilitiques athrepsiques.

La RATE est légèrement diminuée de volume et cyanotique.

augmentés de nombre et en activité nette.

Les cordons de Billroth sont altérés et généralement méconnaissables à cause des hémorragies abondantes qui ont bouleversé la pulpe rouge. Une macrophagie érythrolytique et une sidérose marquée traduisent l'importance de ces hémorragies.

Le REIN est à peu près indemne. Dans un seul cas, nous avons rencontré un volumineux infarctus cortical.

Le TESTICULE est de même peu modifié.

Le TUBE DIGESTIF.- L'estomac altéré dans seulement un tiers des cas, présente des lésions destructives superficielles de la muqueuse avec hyperplasie de l'appareil lymphoïde et traînées leucocytaires abondant dans la paroi. Les couches musculaires peuvent être infiltrées de leucocytes ou présenter une dégénérescence hyaline nette dans certains cas.

INTESTIN GRÊLE : normal à l'oeil nu. Microscopiquement, dans quelques cas, desquamation par places de la muqueuse, infiltration leucocytaire et hyperplasie lymphoïde marquée dans la paroi. Lésions musculaires parfois comparables aux lésions gastriques.

Le GROS INTESTIN montre de très légères lésions de la muqueuse avec un chorion et les autres segments de la paroi conservée.

En somme, parmi les lésions les plus intenses observées chez les athrepsiques, il faut placer au premier rang les altérations de certaines glandes vasculaires sanguines : la sclérose thyroïdienne étant parmi toutes ces altérations la plus profonde et la plus constante. Il faut noter l'intégrité presque complète du tube digestif chez les sujets observés.

Que faut-il déduire de ces constatations anatomo-pathologiques au point de vue de la pathogénie de l'athrepsie ?

Il semble logique d'admettre que les lésions endocriniennes observées jouent un

augmentés de nombre et en activité notte.

Les cordons de Billroth sont altérés et généralement méconn[illegible] des hémorragies abondantes qui ont bouleversé la pulpe rouge. Une macrophagie érythrolytique et une sidérose marquée traduisent l'importance de ces hémorragies.

Le REIN est à peu près indemne. Dans un seul cas, nous avons rencontré un volumineux infarctus cortical.

Le TESTICULE est de même peu modifié.

Le TUBE DIGESTIF.- L'estomac altéré dans seulement un tiers des cas, présente des lésions destructives superficielles de la muqueuse avec hyperplasie de l'appareil lymphoïde et traînées leucocytaires abondant dans la paroi. Les couches musculaires peuvent être infiltrées de leucocytes ou présenter une dégénérescence hyaline nette dans certains cas.

INTESTIN GRÊLE : normal à l'oeil nu. Microscopiquement, dans quelques cas, desquamation par places de la muqueuse, infiltration leucocytaire et hyperplasie lymphoïde marquée dans la paroi. Lésions musculaires parfois comparables aux lésions gastriques.

Le GROS INTESTIN montre de très légères lésions de la muqueuse avec un chorion et les autres segments de la paroi conservés.

En somme, parmi les lésions les plus intenses observées chez les athrepsiques, il faut placer au premier rang les altérations de certaines glandes vasculaires sanguines : la sclérose thyroïdienne étant parmi toutes ces altérations la plus profonde et la plus constante. Il faut noter l'intégrité presque complète du tube digestif chez les sujets observés.

Que faut-il déduire de ces constatations anatomo-pathologiques au point de vue de la pathogénie de l'athrepsie ?

Il semble logique d'admettre que les lésions endocriniennes observées jouent un

rôle important dans l'évolution de la cachexie athrepsique. Ces lésions relèvent, sans doute, d_s la vie foetale, d'une cause héréditaire. Et les causes prénatales invoquées par Barbier comme les facteurs déterminants des atrophies et athrepsies héréditaires doivent surtout frapper le système endocrine. Les altérations du foie, rares chez nos sujets non syphilitiques, jouent un rôle important chez les athrepsiques hérédo-syphilitiques (Barbier et Cléret). Il est raisonnable de penser que les lésions des glandes endocrines observées sont toutes les effets d'une même cause, plutôt que des altérations pluriglandulaires secondaires à la lésion primitive de l'une d'entre elles. Cependant, si on compare les lésions provoquées dans le système endocrinien après les destructions expérimentale du corps thyroïde (qui est ici le plus atteint), il est possible de retrouver quelques résultats comparables aux faits expérimentaux.

La notion de ce rôle important des insuffisances endocriniennes dans l'athrepsie trouve son application et sa confirmation dans le traitement opothérapique des syndromes atrophiques et athrepsiques du premier âge. L'opothérapie thyroïdienne notamment, préconisée par Thomson, Hutinel, Alezais et Mattei, Maillet, etc., donne les résultats favorables et montre l'intérêt qu'il y a à connaître le rôle des lésions endocriniennes dans l'athrepsie. Elle constitue une partie essentielle du traitement des athrepsiques, même dans les formes hérédo-syphilitiques où elle est le complément obligatoire de la cure spécifique.

Rôle important dans l'évolution de la cachexie athrepsique. Ces lésions relèvent, sans doute, dès la vie foetale, d'une cause héréditaire. Et les causes prénatales invoquées par Barbier comme les facteurs déterminants des atrophies et athrepsies héréditaires doivent surtout frapper le système endocrine. Les altérations du foie, rares chez les sujets non syphilitiques, jouent un rôle important chez les atrophiques hérédo-syphilitiques (Barbier et Cléret). Il est raisonnable de penser que les lésions des glandes endocrines observées sont toutes les effets d'une même cause, plutôt que des altérations pluriglandulaires secondaires à la lésion primitive de l'une d'entre elles. Cependant, si on compare les lésions provoquées dans le système endocrinien après les destructions expérimentale du corps thyroïde (qui est ici le plus atteint), il est possible de retrouver quelques résultats comparables aux faits expérimentaux.

La notion de ce rôle important des insuffisances endocriniennes dans l'athrepsie trouve son application et sa confirmation dans le traitement opothérapique des syndromes atrophiques et athrepsiques du premier âge. L'opothérapie thyroïdienne notamment, préconisée par Thomson, Hutinel, Lezeis et Mattei, Maillet, etc., donne les résultats favorables et montre l'intérêt qu'il y a à connaître le rôle des lésions endocriniennes dans l'athrepsie. Elle constitue une partie essentielle du traitement des athrepsiques, même dans les formes hérédo-syphilitiques où elle est le complément obligatoire de la cure spécifique.

Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolutio
du corps jaune et l'apparition des règles -

(en collaboration avec J.R. Henry)
(XVIIe Congrès Français de Médecine, Bordeaux 1923)

L'Etude Histologique du corps jaune chez la femme dans 46 ovaires, prélevés au cours de castrations totales et précocement fixés, nous a permis d'établir les rapports pouvant exister entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.

La théorie de Froenkel, d'après laquelle le corps jaune arriverait à la période d'Etat au début des règles et regresserait à leur disparition, n'a été vérifiée que 4 fois.

La conception de Schikelé qui n'admet aucun rapport chronologique immuable entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles est au contraire confirmée par les autres cas observés.

A la veille des règles, l'ovaire contient fréquemment un corps jaune, mais il n'est pas toujours dans la même phase d'évolution, depuis l'ovisac à peine rompu jusqu'au corps jaune en régression. Une semaine après les règles on trouve même des corps jaunes en période d'état.

Il est enfin des sujets chez lesquels se produit une menstruation normale en l'absence de corps jaune.

Une étude histologique complète du corps jaune normal a été faite au cours de ces observations.

Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles -

(en collaboration avec J.R. Henry)
(XVIIe Congrès Français de Médecine, Bordeaux [illegible])

L'Etude Histologique du corps jaune chez la femme dans 46 ovaires, prélevés au cours de castrations totales et précocement fixés, nous a permis d'établir les rapports pouvant exister entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.

La théorie de Fraenkel, d'après laquelle le corps jaune arriverait à la période d'état au début des règles et regresserait à leur disparition, n'a été vérifiée que 4 fois.

La conception de Schikelé qui n'admet aucun rapport chronologique immuable entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles est au contraire confirmée par les autres cas observés.

A la veille des règles, l'ovaire contient fréquemment un corps jaune, mais il n'est pas toujours dans la même phase d'évolution, depuis l'ovisac à peine rompu jusqu'au corps jaune en régression. Une semaine après les règles on trouve même des corps jaunes en période d'état.

Il est enfin des sujets chez lesquels se produit une menstruation normale en l'absence de corps jaune.

Une étude histologique complète du corps jaune normal a été faite au cours de ces observations.

Myosite du tube digestif dans les intoxications subsigües par corrosifs -

(C.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914)
(En collaboration avec M. le Professeur ALEZAIS)

Chez un jeune sujet qui succomba 8 jours après l'ingestion d'une quantité moyenne d'acide chlorydrique les auteurs ont étudié l'état de la paroi musculaire de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum, fixés 10 minutes après la mort par du formol au dixième. Ces portions du tube digestif étaient fortement dilatées, contrairement aux données classiques et l'étude histologique précise de leur paroi grâce à la fixation précoce a permis de constater des lésions musculaires inflammatoires, parfois dégénératives, qui expliquent, au moins en partie, l'ectasie des cavités.

L'étude a porté sur les fibres striées de l'oesophage et surtout sur les fibres lisses, dont l'inflammation aigüe est moins connue.

1° Oesophage .- Couche externe ou longitudinale : fibrillation longitudinale, état grillagé et multiplication nucléaire. Nombre de fibres coupées transversalement sont tuméfiées, homogènes et jaunâtres au centre.

Couche annulaire ou interne ; quelques faisceaux sont peu altérés, mais la plupart présentent une fibrillation intense; ils sont pâles et abondamment nucléés. Contre la sous-muqueuse, qui est à peine reconnaissable, on trouve une couche très pâle d'éléments cellulaires vaguement polygonaux ou fusiformes, à noyaux allongés clairs ou pycnotiques, peu nombreux. Ces éléments, qui ont l'aspect de cellules musculaires isolées par régression, se continuent avec les fibres de la "muscularis", qui sont gonflées, un peu vitreuses et forment un champ rougeâtre par l'éosine-orange, infiltré de cellules embryonnaires.

2° Estomac .- Couche interne : congestion et infiltration leucocytaire intenses. Les noyaux des fibres lisses sont gros et clairs, vésiculeux, tantôt en caryolyse, tantôt en caryorrhexie. Les fibres elles-mêmes ont un aspect réticulé et sont formées de trabécules jaunâtres séparés par des espaces vacuolaires que l'on voit à un fort grossissement parcourus de traînées granuleuses, vestiges du cytoplasme fibrillaire. Çà

Myosite du tube digestif dans les intoxications [illegible] -

(C.R. de la Société de Biologie 21 Avril 1914)
(En collaboration avec M. le Professeur [illegible])

Chez un jeune sujet qui succombe 8 jours après l'ingestion d'une quantité moyenne d'acide chlorhydrique les auteurs ont étudié l'état de la paroi musculaire de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum, fixés 10 minutes après la mort par du formol au dixième. Ces portions du tube digestif étaient [illegible]ment dilatées, contrairement aux données classiques et l'étude histologique précise de leur paroi grâce à la fixation précoce a permis de constater des lésions musculaires inflammatoires, parfois dégénératives, qui expliquent, au moins en partie, l'ectasie des cavités.

L'étude a porté sur les fibres striées de l'oesophage et surtout sur les fibres lisses, dont l'inflammation aigüe est moins connue.

1° Oesophage. - Couche externe ou longitudinale : fibrillation longitudinale, état grillagé et multiplication nucléaire. Nombre de fibres coupées transversalement sont tuméfiées, homogènes et jaunâtres au centre.

Couche annulaire ou interne : quelques faisceaux sont peu altérés, mais la plupart présentent une fibrillation intense; ils sont pâles et abondamment nucléés. Contre la sous-muqueuse, qui est à peine reconnaissable, on trouve une couche très pâle d'éléments cellulaires vaguement polygonaux ou fusiformes, à noyaux allongés clairs ou pycnotiques, peu nombreux. Ces éléments, qui ont l'aspect de cellules musculaires isolées par régression, se continuent avec les fibres de la "muscularis", qui sont gonflées, un peu vitreuses et forment un champ rougeâtre par l'éosine-orange, infiltré de cellules embryonnaires.

2° Estomac. - Couche interne : congestion et infiltration leucocytaire intense. Les noyaux des fibres lisses sont gros et clairs, vésiculeux, tantôt en caryolyse, tantôt en caryorrhexie. Les fibres elles-mêmes ont un aspect réticulé et sont formées de trabécules jaunâtres séparés par des espaces vacuolaires que l'on voit à un fort gros-

et là on trouve des blocs volumineux, rouges par l'hémalun-éosine-orange, parsemés de noyaux pycnotiques qui paraissent dus à des fibres lisses tuméfiées et fusionnées par suite d'une sorte de nécrose de coagulation.

La couche externe présente les mêmes lésions moins prononcées.

3° Duodénum .- Les lésions rappellent celles de l'estomac, mais sont moins avancées Il faut noter, outre la tuméfaction des fibres, la caryolyse et la pycnose des noyaux, la présence entre les deux couches musculaires de zones de fonte cellulaire, disposées en champs allongés avec énormes noyauxencaryolyse ou caryorrhexie.

Ces lésions musculaires du tube digestif se résument en destruction de fibres, régression plasmodiale ou cellulaire avec infiltrations embryonnaire intense sans néo-formation conjonctive, d'où perte de la tonicité et ectasie des parois.

Histologie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire -

(En collaboration avec le M. le Pr. ODDO)
(Société de Biologie 4 Avril 1920)

Etude détaillée d'un cas de péricardite syphilitique secondaire contrôlé par l'autopsie.- L'étude de la littérature médicale française montre que ces lésions n'avaient pu être observées jusqu'ici.

Les lésions, surtout vasculaires, frappent au maximum le péricarde et semblent respecter le myocarde sousjacent. Elles se manifestent par une exsudation néo-membraneuse disséminée à la surface de la séreuse par une desquamation endothéliale marquée, un épaississement de la charpente conjonctivo-élastique, infiltrée des trainées syphilomateuses diffuses. Les lésions vasculaires sont surtout importantes et se caractérisent par de nombreuses thromboses avec infiltrations syphilomateuses de parois vasculaires. Ces syphilomes périartériels étant surtout nombreux autour des petits vaisseaux.

Le myocarde est histologiquement intact et cette intégrité apparente, notée dans notre observation, se retrouve dans les observations de myocardite spécifique secondaire décrite en Amérique par Scott Wartin où le tréponème abonde au milieu de fibres

... on trouve des blocs volumineux, rouges par l'hémalun-éosine-orange, [illegible]

de noyaux pycnotiques qui paraissent dus à des fibres lisses [illegible]

par suite d'une sorte de nécrose de coagulation.

La couche externe présente les mêmes lésions moins prononcées.

3° Duodénum. - Les lésions rappellent celles de l'estomac, mais [illegible]

Il faut noter, outre la tuméfaction des fibres, la caryolyse et la pycnose des noyaux,

la présence entre les deux couches musculaires de zones de [illegible] cellulaire, [illegible]

en champs allongés avec énormes noyaux en caryolyse ou caryorrhexie.

Ces lésions musculaires du tube digestif se résument en destruction de fibres,

régression plasmodiale ou cellulaire avec infiltrations embryonnaire intense sans

néo-formation conjonctive, d'où perte de la tonicité et ectasie des parois.

<u>Histologie pathologique de la péricardite syphilitique secondaire</u> -

(En collaboration avec le M. le Pr. ODDO)
(Société de Biologie 4 Avril 1920)

Étude détaillée d'un cas de péricardite syphilitique secondaire contrôlé par

l'autopsie. - L'étude de la littérature médicale française montre que ces lésions

n'avaient pu être observées jusqu'ici.

Les lésions, surtout vasculaires, frappent au maximum le péricarde et semblent

respecter le myocarde sous-jacent. Elles se manifestent par une exsudation néo-membra-

neuse disséminée à la surface de la séreuse par une desquamation endothéliale marquée,

un épaississement de la charpente conjonctivo-élastique, infiltrée des traînées syphi-

lomateuses diffuses. Les lésions vasculaires sont surtout importantes et se caractéri-

sent par de nombreuses thromboses avec infiltrations syphilomateuses de parois vascu-

laires. Ces syphilomes périartériels étant surtout nombreux autour des petits vais-

seaux.

Le myocarde est histologiquement intact et cette intégrité apparente, notée dans

notre observation, se retrouve dans les observations de myocardite spécifique secon-

daire décrite en Amérique par Scott Wartin où le tréponème abonde au milieu de fibres

myocardiques apparemment indemnes.

Comparées à la description de la périaortite syphilitique, de la périoardite tertiaire, faire par le Professeur Letulle, les altérations spécifiques observées dans notre cas paraissent être comme une étape de début de ces mêmes sérites syphilitiques.

<u>La coupe histologique des crachats et le diagnostic des néoplasies pulmonaires -</u>

(Revue Médicale de France et des Colonies pages 406 à 409, I micro-photographie

Le procédé qui consiste à traiter les crachats entiers au point de vue de l'examen microscopique comme des lambeaux de tissus peut donner des résultats très utiles au diagnostic, dans la pratique courante.

En France, M. Claisse, à la Société Médicale des Hôpitaux, après Lancereaux et Menetrier, publiait en 1899 deux cas où des particules solides observées dans l'expectoration, recueillies dans l'eau et incluses à la paraffine ou à la celloïdine, donnaient après coupe et coloration par les méthodes ordinaires les éléments du diagnostic de certaines néoplasies pulmonaires. A l'étranger, Davies, Betschart, Ehrich, Kurt Wolf avaient employé aussi une technique semblable.

Ce procédé bien simple d'étude microscopique nous parait trop souvent négligé. Malgré les résultats négatifs rapportés par Kurt Wolf, il a son utilité. Les deux faits que nous apportons ici voudraient montrer l'intérêt de cette technique pour le diagnostic de certaines lésions pulmonaires néoplasiques que l'étude clinique et radiologique laisse douteux.

Il ne faut pas méconnaître l'utilité très grande des méthodes classiques d'étude cytologique des crachats après étalement et fixations appropriées, mais il nous semble qu'un procédé permettant dans la pratique courante, la fixation immédiate du crachat, l'exploration microscopique complète par des coupes en série de la totalité du produit expectoré mérite plus de faveur qu'il n'en parait avoir actuellement.

Sans dissocier le crachat dans l'eau avant de le fixer, comme l'indique M. Claisse (Journal de Médecine interne 1904), un moyen plus sûr nous parait être de recueillir directement les crachats suspects dans un crachoir contenant du formol à 10 %;

myocardiques apparemment adénomes.

Comparées à la description de la péritonite syphilitique, [illegible] ter-
tiaire, faite par le Professeur Letulle, les altérations [illegible] une
notre cas paraissent être comme une étape de début de ces mêmes [illegible].

La coupe histologique des crachats et le diagnostic des néoplasies pulmonaires -

(Revue Médicale de France et des colonies [illegible]

Le procédé qui consiste à traiter les crachats entiers au point de vue de l'examen microscopique comme des lambeaux de tissus peut donner des résultats très utiles au diagnostic, dans la pratique courante.

En France, M. Claisse, à la Société Médicale des Hôpitaux, après Lancereaux et Menetrier, publiait en 1899 deux cas où des particules solides observées dans l'expectoration, recueillies dans l'eau et incluses à la paraffine ou à la celloïdine, donnaient après coupe et coloration par les méthodes ordinaires les éléments du diagnostic de certaines néoplasies pulmonaires. A l'étranger, Davies, Betschart, Ehrlich, Kurt Wolf avaient employé aussi une technique semblable.

Ce procédé bien simple d'étude microscopique nous paraît trop souvent négligé. [illegible]grè les résultats négatifs rapportés par Kurt Wolf, il a son utilité. Les deux [illegible] que nous apportons ici voudraient montrer l'intérêt de cette technique pour le diagnostic de certaines lésions pulmonaires néoplasiques que l'étude clinique et radiologique laisse douteux.

Il ne faut pas méconnaître l'utilité très grande des méthodes [illegible] d'étude cytologique des crachats après étalement et fixations appropriées, mais il nous semble qu'un procédé permettant dans la pratique courante, la fixation [illegible] du crachat, l'exploration microscopique complète par des coupes en série de la totalité du produit expectoré mérite plus de faveur qu'il n'en paraît avoir actuellement.

Sans dissocier le crachat dans l'eau avant de le fixer, comme l'indique M. Claisse (Journal de Médecine Interne 1904), un moyen plus sûr nous paraît être de recueillir

fixation précoce des plus favorables à l'examen microscopique qui suivra. Ce point essentiel de la recherche étant résolu, il ne reste qu'à inclure, couper et colorer " la pièce " selon les méthodes ordinaires de coloration, sans négliger de colorer quelques coupes au picro-carmin selon le conseil de M. Menetrier.

Observation I .- Cliniquement : Sarcome du cou-de-pied; hémoptysies .

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES CRACHATS pratiqué selon la méthode précitée donna les résultats suivants : au milieu d'un mince reticulum albumineux on observait de nombreuses hématies et aussi nombreuses, des cellules rondes ou ovoïdes ayant individuellement tous les caractères nucléaires des cellules sarcomateuses au sein desquels toute structure de tissu normal était méconnaissable.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES DEBRIS DE LA TUMEUR dont des métastases visibles furent retrouvées jusqu'au niveau des vaisseaux poplités montrait un sarcome à cellules rondes et polymorphes ; ovoïdes ou légèrement fusiformes.

Observation II .- Cliniquement : depuis 2 ans hémoptysies répétées assez abondantes, signe de broncho-pneumonie chronique de la base droite, amaigrissement progressif et finalement cachexie.

A la radiographie, opacité marquée du poumon droit dans les trois-quarts inférieurs de son étendue.

Etude de l'expectoration .- Des examens multipliés de crachats par simple frottis ne montrèrent jamais de bacilles de Koch, bien que souvent l'expectoration dut hémoptoïque ou muco-purulente, rien à retenir non plus au point de vue cytologique.

Quelques jours avant notre examen, en 1923, le malde avait eu encore un examen de crachats entièrement négatif. L'expectoration que nous avons eu à observer était muco-purulente et striée de sang. Recueillie et traitée selon la technique précitée, elle révéla dans une desprenières coupes histologiquee observées, la présence de formations cellulaires épithéliales dont nous donnons xxxxxxxx une microphotographie assez démonstrative pour que leur description soit brève.

fixation précoce des plus favorables à l'examen microscopique [illegible]. Ce point essentiel de la recherche étant résolu, il ne reste qu'à [illegible], [illegible] colorer " la pièce " selon les méthodes ordinaires de coloration, [illegible] colorer quelques coupes au picro-carmin selon le conseil de [illegible].

Observation I .- Cliniquement : Sarcome du cou-de-pied; hémoptysies .

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES CRACHATS pratiqué selon la méthode précitée [illegible] résultats suivants : au milieu d'un mince reticulum fibrineux on observait de nombreuses hématies et aussi nombreuses, des cellules rondes ou ovoïdes ayant individuellement tous les caractères nucléaires des cellules sarcomateuses au sein desquels [illegible] structure de tissu normal était méconnaissable.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES DEBRIS DE LA TUMEUR dont des métastases visibles furent retrouvées jusqu'au niveau des vaisseaux poplités montrait un sarcome à cellules rondes et polymorphes ; ovoïdes ou légèrement fusiformes.

Observation II .- Cliniquement : depuis 2 ans hémoptysies répétées assez abondantes, signe de broncho-pneumonie chronique de la base droite, amaigrissement progressif et finalement cachexie.

A la radiographie, opacité marquée du poumon droit dans les trois-quarts inférieurs de son étendue.

Etude de l'expectoration .- Des examens multipliés de crachats par [illegible] ne montrèrent jamais de bacilles de Koch, bien que souvent l'expectoration dut hémoptoïque ou muco-purulente, rien à retenir non plus au point de vue cytologique.

Quelques jours avant notre examen, en 1925, le malade avait eu encore un examen de crachats entièrement négatif. L'expectoration que nous avons eu à observer était muco-purulente et striée de sang. Recueillie et traitée selon la technique précitée, elle révéla dans une des premières coupes histologiques observées, la présence de formations cellulaires épithéliales dont nous donnons ~~ci-dessous~~ une microphotographie assez [illegible] description soit brève.

Au milieu de nombreux polynucléaires on peut reconnaître un beau globe épidermique en tous points semblable à ceux des épithéliomas pavimenteux lobulés ou spinocellulaires les plus classiques.

Il s'agissait donc d'un épithélioma primitif du poumon pavimenteux lobulé du type que M. Menetrier a si complètement étudié et dont il a montré l'origine dans une véritable métaplasie de l'épithélium bronchique devenu pavimenteux sous l'influence d'irritations chroniques prolongées.

A condition qu'on veuille bien penser à la mettre en oeuvre, la méthode de la fixation précoce et de la coupe histologique des crachats permet d'identifier certains cas douteux de lésions pulmonaires néoplasiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

APPAREIL DIGESTIF -

I° Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grêles de l'adulte, suivie d'une étude sur l'anatomie comparées des valvules conniventes.

(Marseille Médical Ier Avril I9I3. P. 229-4 pages)

Observation d'un sujet humain présentant des valvules conniventes sur toute la hauteur du grêle, disposition analogue à celle de certains vertébrés inférieurs qui font l'objet d'une étude d'anatomie comparée terminant le travail.

2° Ulcérations de l'oesophage et de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique

(Marseille Médical Ier Juin I9I3 F° 560)

3° Néoplasme de l'estomac et du pancréas -

(Marseille Médical I5 Juillet I9I3 - P. 450)
(en collaboration avec le M. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX)

4° Large ulcère de l'estomac chez un tuberculeux -

(Marseille Médical I5 Juillet I9I3 . P. 452)
(en collaboration avec MM. les Dr. AYMES & REBOUL LACHAUX)

milieu de nombreux polynucléaires on peut reconnaître [illegible] épi-dermique en tous points semblable à ceux des épithéliomas pavimenteux lobulés ou [illegible] cellulaires les plus classiques.

Il s'agissait donc d'un épithélioma primitif du poumon pavimenteux lobulé du type que M. Menetrier a si complètement étudié et dont il a montré l'origine dans une véritable métaplasie de l'épithélium bronchique devenu pavimenteux sous l'influence d'irritations chroniques prolongées.

A condition qu'on veuille bien penser à la mettre en oeuvre, la méthode de la fixation précoce et de la coupe histologique des crachats permet d'identifier certains cas douteux de lésions pulmonaires néoplasiques.

A N A T O M I E   P A T H O L O G I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-:-

APPAREIL DIGESTIF -

1° Disposition anormale des valvules conniventes dans l'intestin grêles de l'a-dulte, suivie d'une étude sur l'anatomie comparée des valvules conniventes.

(Marseille Médical 1er Avril 1915. P. 229-4 pages)

Observation d'un sujet humain présentant des valvules conniventes sur toute la hauteur du grêle, disposition analogue à celle de certains vertébrés inférieurs qui font l'objet d'une étude d'anatomie comparée terminant le travail.

2° Ulcérations de l'oesophage et de l'estomac par ingéstion d'acide chlorhydrique

(Marseille Médical 1er Juin 1913 P° 350)

3° Néoplasme de l'estomac et du pancréas -

(Marseille Médical 15 Juillet 1913 - P. 450)
(en collaboration avec le M. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX)

4° Large ulcère de l'estomac chez un tuberculeux -

(Marseille Médical 15 Juillet 1913 . P. 452)
(en collaboration avec MM. les Dr. AYMES & REBOUL LACHAUX)

5° Triple perforation duodénale chez la femme enceinte -

(Communication à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier en la séance du 5 Juin I9I2 (5 pages 1 fig.)
(en collaboration avec M. le Professeur GUERIN VALMALE)

6° Cancer nodulaire primitif du foie -

(En collaborarion avec MM. les Drs. ESCANDE et BADETTI)
(Marseille Médical Ier Avril I9I3)

7° Appendicite ascendant rétro coecal adhérent par sa pointe à la portion juxta-pylorique du duodénum -

(Marseille Médical Ier Juin I9I3, P. 362)
(en collaboration avec M. le Docteur DOR)

APPAREIL CIRCULATOIRE -

I° Aortite thoracique chronique, artérite symétrique des artères tibiales gangrène consécutive -

(Marseille Médical I5 Juillet I9I3, P. 446 - 4 pages)
(en collaboration avec M. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX)

2° Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres inférieurs -

(Marseille Médical Ier Janvier I9I4. P. I4 - P. I7)

3° Anévrisme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique -

(en collaboration avec MM. les Drs BADETTI et Ch. REBOUL LACHAUX)
(Marseille Médical Ier Avril I9I3)

4° Désinsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aigüe -

(Marseille Médical I5 Juillet I9I3 . P. 454)
(en collaboration avec M. le Dr. CAMBON)

ETUDES DIVERSES -

I° Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse Etat réticulaire de la voute cranienne -

(Par L. PAYAN et Ch. MATTEI)
(Gazette des Hopitaux I9I2)

Cette étude détaillée d'une observation clinique et anatomopathologique

5o Triple perforation duodénale chez la femme enceinte -

(Communication à la Réunion obstétricale et gynécologique de [illegible]llier
en la séance du 5 Juin 1912 (5 pages 1 fig.)
(en collaboration avec M. le Professeur GU[illegible] VAL[illegible]AIE)

6o Cancer nodulaire primitif du foie -

(En collaboration avec MM. les Drs. ESCARDE et BADETTI)
(Marseille Médical 1er Avril 1915)

7o Appendicite ascendant rétro coecal adhérent par sa pointe à [illegible] juxta-pylorique du duodénum -

(Marseille Médical 1er Juin 1913, P. 362)
(en collaboration avec M. le Docteur DOR)

APPAREIL CIRCULATOIRE -

1o Aortite thoracique chronique, artérite symétrique des artères tibiales gangrène consécutive -

(Marseille Médical 15 Juillet 1913, P. 446 - 4 pages)
(en collaboration avec M. le Dr. Ch. REBOUL LACHAUX)

2o Artérite et thrombose de l'aorte abdominale avec gangrène des deux membres inférieurs -

(Marseille Médical 1er Janvier 1914, P. 14 - P. 17)

3o Anévrisme de la crosse aortique et tronc brachio-céphalique -

(en collaboration avec MM. les Drs BADETTI et Ch. REBOUL LACHAUX)
(Marseille Médical 1er Avril 1913)

4o Désinsertion valvulaire par aortite ulcéreuse aigüe -

(Marseille Médical 15 Juillet 1915 . P. 464)
(en collaboration avec M. le Dr. CAMBON)

ETUDES DIVERSES -

1o Malformations multiples de l'axe cérébro-spinal et de son enveloppe osseuse
Etat réticulaire de la voute cranienne -

(Par L. PAYAN et Ch. MATTEI)
(Gazette des Hopitaux 1912)

Cette étude détaillée d'une observation clinique et anatomopathologique

complétée par une image radiographique décrit un type assez rare de malformation de la voute cranienne.

2° Malformations congénitales des voies d'excrétion urinaire chez plusieurs nouveaux nés -

(Marseille Médical Ier Juin 1922)
(par L? PAYAN et Ch. MATTEI)

3° Fractures multiples du thorax,de l'omoplate.Fractures et luxations de l'épaule.

(Marseille Médical I5 Juin 1913. P. 303 - 9 pages, 3 figures)
(en collaboration avec MM.le Dr. MARTIN LAVAL et Ch. REBOUL LACHAUX)

4° Kyste dermoïde de l'ovaire -

(Comité Médical Janvier 1912)

5° Néoplasme du larynx -

(Marseille Médical Ier Avril 1913 . P. 238)

6° Cancer de la voute cranienne -

(Marseille Médical Ier Avril 1913)
(en collaboration avec M. le Dr. de LUNA)

7° Pyonéphrose ayant fait croire à un kyste du mésentère,néphrectomie-guérison-

(Marseille Médical 1912)

2ème Chapitre : P A T H O L O G I E   M E D I C A L E -

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

LA CHOREE DE SYDENHAM - Revue Générale, Gazette des Hôpitaux 16 et 23 Novembre 1912 - 16 pages - Revue Générale en Collaboration avec Mr. le Docteur PAYAN.

Les auteurs ont mis particulièrement en lumière l'importance des signes organiques dans le syndrome choréique et la certitude de l'existence d'une lésion de l'axe cérébro spinal comme substratum du syndrome de la chorée de Sydenham.

ECCHYMOSES PONCTUEES AU COURS D'UNE OESOPHAGOSCOPIE.-Comité Médical des B-d-R. 1911-

OBSERVATION D'UN MALADE ATTEINT DE MENINGITE CEREBRO SPINALE AYANT FAIT CROIRE A UNE OCCLUSION INTESTINALE - . Marseille Médical 1911-

DEUX CAS D'HEREDO- ATAXIE CEREBELLEUSE - En collaboration avec Mr. le Pr. ODDO Société de Neurologie-Paris 1913

Etude complète de deux cas observés par les auteurs au point de vue clinique et description clinique détaillée de l'affection.

RECHERCHES SUR LES RELATIONS PATHOLOGIQUES et NORMALES DU REIN et de l'INTESTIN.

1° Variations du taux de l'urée sanguine au moment de la crise urinaire dans les cas de troubles gastro-intestinaux avec insuffisance rénale - (C.R.Sté Biologie 4/II/16

2° Variations de la constante d'Ambard au cours de l'insuffisance rénale avec troubles gastro-intestinaux - (C.R. Société de Biologie - Avril 1917)

3° Syndromes cholériformes et insuffisance rénale dans la dysenterie amibienne chez les Soldats en campagne - (Bull.Soc.Méd. des Hôp. de Paris- 16-II-

4° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux chez les soldats en campagne (Paris Médical 1917)

5° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition- Paris 1918)

6° Insuffisance rénale et troubles gastro intestinaux éclairant la physio pathologie des fonctions rénales - (Conférence Comité Médical des Bouches-du-Rhône 1920)

- - - -

Dans cette série de travaux(1916-1919) nous avons étudié un certain nombre de

syndromes diarrhéiques de gravité moyenne ou d'allure cholériforme dans lesquels l'existence de l'insuffisance rénale aggravait les troubles intestinaux.

Les diagnostics de l'insuffisance rénale basés sur l'étude parallèle de l'hyperazotémie et du faible pouvoir de concentration uréique du rein nous avait conduit à penser que la thérapeutique dans les divers cas observés ne pouvait être efficace qu'en s'attaquant d'abord aux troubles rénaux observés.

Les résultats obtenus ont montré, en effet, que parmi les infections intestinales ordinaires ou les dysenteries caractérisées, il y a des syndromes intestinaux dans lesquels l'état du rein fixe le pronostic et doit guider le traitement.

Cette étude a également permis d'étudier presque expérimentalement les phénomènes de la concentration sanguine précritique (en urée) décrits par Monsieur le Pr. VIDAL et ses élèves.

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

ETUDE CLINIQUE SUR LES GROSSES PAROTIDES DES SOLDATS EN CAMPAGNE - (Presse Médicale Paris 1918)

L'étude systématique des malades évacués pour oreillons dans une ambulance de contagieux d'armée nous a montré que les oreillons vrais représentaient à peine le 40 % des cas observés. Les "fausses grosses parotides" mises à part (10 %), on reste en présence d'une groupe plus important encore de " grosses parotides vraies" non ourliennes.

Parmi ces parotides dites non ourliennes, à côté des très rares parotidites des maladies infectieuses, se rangent les très nombreux cas de "grosses parotides invariables "sans atteinte de l'état général ni aucune signe clinique que la tuméfaction lobulée et assez dure des parotides: sorte de cirrhoses parotidiennes hypertrophique.

:-:-: -:-:-:-:-:-:-:

syndromes diarrhéiques de gravité moyenne ou d'[illegible] insuffisance [illegible]
l'existence de l'insuffisance rénale aggravait les troubles intestinaux .
Les diagnostics de l'insuffisance rénale basés sur l'étude parallèle de l'hyperazotémie et du faible pouvoir de concentration uréique du rein nous avait conduit à penser que la thérapeutique dans les divers cas observés ne pouvait être efficace qu'en s'attaquant d'abord aux troubles rénaux observés.
Les résultats obtenus ont montré,en effet,que parmi les infections intestinales ordinaires ou les dysenteries caractérisées,il y a des syndromes intestinaux dans lesquels l'état du rein fixe le pronostic et doit guider le traitement.
Cette étude a également permis d'étudier presque expérimentalement les phénomènes de la concentration sanguine précritique(en urée) décrits par Monsieur le Pr. VIDAL et ses élèves.

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

<u>ETUDE CLINIQUE SUR LES GROSSES PAROTIDES DES SOLDATS EN CAMPAGNE</u> -
(Presse Médicale Paris 1918)

L'étude systématique des malades évacués pour oreillons dans une ambulance de contagieux d'armée nous a montré que les oreillons vrais représentaient à peine la 40 % des cas observés;les"fameuses grosses parotides" mises à part (10 %),on reste en présence d'une groupe plus important encore de " grosses parotides vraies" non ourliennes.
Parmi ces parotides dites non ourliennes,à côté des très rares parotidites des maladies infectieuses,se rangent les très nombreux cas de "<u>grosses parotides invariables</u>"sans atteinte de l'état général ni aucun signe clinique que la tuméfaction lobulée et assez dure des parotides; sorte de cirrhoses parotidiennes hypertrophique.

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

RAPPORT SUR LES ETATS TYPHOIDES DANS LA III° ARMEE de 1914 à 1916
(Réunion Médico-Chirurgicale de la III° Armée 10 Janvier 1916 Bar-le-Duc)

Chargé par le Médecin In specteur Général de l'Armée de faire un rapport sur les états typhoïdes traités de 1914 à 1916 à l'Hôpital Central et contagieux de Bar-le-Duc et dans notre propre service nous avons rédigé une étude d'ensemble au point de vue clinique des 6.000 observations recueillies au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1914-1916.

Nous avons été conduits à distinguer deux périodes dans le cours de cette épidémie.

Une première période allant du mois d'octobre 1914 au mois d'avril 1915 caractérisée par la gravité des cas de fièvre typhoïde observés. Ils se présentaient sous un des trois aspects suivants;

Forme rapide hyperthermique avec signe nerveux persistant et évolution vers la mort dans la plupart des cas en 5 ou 8 jours

Forme rapide sans hyperthermie le thermomètre dépassait ici rarement 38 le pouls incomptable, l'aspect du malade témoignait d'un collapsus cardiaque rapide souvent accompagné d'algidilité évolution en 3 ou 5 jours.

Forme grave évoluant lentement avec l'allure des descriptions classiques à signaler ici la fréquence du début brusque, quelques cas très nets du début en deux temps, enfin certaines formes caractéristiques que nous avons appelées (formes à épisodes thermiques) répétées entre lesquelles on voyait des périodes régulières d'apyresie l'ensemble de la courbe rappelant celle de la fièvre de Malte.

Les complications au cours de ces formes graves lentes se sont présentées de la façon suivante; Sur 452 cas observés attentivement;

Appareil digestif : Parotidite 3 cas; hémoragie intestinale 3 cas; perforation intestinale 7 cas; foie angiocholite 2 cas; cholecystite I cas;

Rate hématome rompu I cas

Reins néphrite aigue grave caractérisée I cas

Appareil circulatoire myocardite I8 cas - Phlébite 4 cas - Syndrome de purpura infectieux I cas.

RAPPORT SUR LES ETATS TYPHOIDES DANS LA III° ARMEE DE 1914 à 1916
(Réunion Médico-Chirurgicale de la III° Armée 10 Janvier 1916 à Bar-le-Duc)

Chargé par le Médecin In specteur Général de l'Armée de faire un rapport sur les états typhoïdes traités de 1914 à 1916 à l'Hôpital Central et contagieux de Bar-le-Duc et dans notre propre service nous avons rédigé une étude d'ensemble au point de vue clinique des 6.000 observations recueillies au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1914-1916.

Nous avons été conduits à distinguer deux périodes dans le cours de cette épidémie.

Une première période allant du mois d'octobre 1914 au mois d'avril 1915 caractérisée par la gravité des cas de fièvre typhoïde observés. Ils se présentaient sous les trois aspects suivants:

Forme rapide hyperthermique avec signe nerveux persistant et évolution vers la mort dans la plupart des cas en 5 ou 8 jours

Forme rapide sans hyperthermie le thermomètre dépassait ici rarement 38 le pouls incomptable, l'aspect du malade témoignait d'un collapsus cardiaque rapide souvent accompagné d'algidité évolution en 5 ou 6 jours.

Forme grave évo_uant lentement avec l'allure des descriptions classiques à signaler ici la fréquence du début brusque, quelques cas très nets du début en deux temps, enfin certaines formes caractéristiques que nous avons appelées (formes à épisodes thermiques) répétées entre lesquelles on voyait des périodes régulières d'apyrexie l'ensemble de la courbe rappelant celle de la fièvre de Malte.

Les complications au cours de ces formes graves lentes se sont présentées de la façon suivante; Sur 45% cas observés attentivement:

Appareil digestif : Parotidite 3 cas; hémorragie intestinale 5 cas; perforation intestinale 7 cas; foie angiocholite 2 cas; cholecystite I cas;

Rate hématome rompu I cas

Reins néphrite aigue grave caractérisée I cas

Appareil circulatoire myocardite 18 cas - Phlébite 4 cas - Syndrome de purpura infectieux I cas.

Appareil respiratoire : Laryngotyphus I cas; pneumonie et broncopneumonie secondaires 18 cas, infarctus du poumon 3 cas abcès gangreneux du poumon 2 cas.

Système nerveux : méningite 5 cas polynévrite 2 cas.

Complications diverses : Otite I cas; Périostite I cas; abcès métastique 9 cas, eschare 7 cas.

Mortalité : Sur cas 452 cas, 52 décès.

Morts au milieu de phénomènes infectieux graves 19; Par perforation intestinale 6, par hémoragies intestinales I, par hématome de la rate I, par myocardite 5; par myocardite et accident pulmonaire 16; par accidents ménagés 5.

Pour l'ensemble des cas observés par ailleurs la mortalité au cours de cette période a été de 12,5 %.

LA SECONDE PERIODE apparue après une rémission d'avril à Juin 1915 s'est étendue de Juin 1915 à Janvier 1916. On y a observé souvent le mode de début brusque avec frissons et vomissements, de même le début en deux temps: une première ascension thermique suivie d'un retour à l'état normal pendant 2 à 5 jours puis évolution classique de fièvre typhoïde comme si une première fièvre d'inoculation avait été la première manifestation morbide. Un fait qui nous a frappés est la fréquence de quelques signes nets au sommet droit en particuliers chez les malades hyperthermiques: murmures vésiculaires plus rudes; inspiration granuleuse et sèche, expiration soufflante. Tous signes s'atténuants à la défervescence.

L'évolution de la fièvre typhoïde nous a permis aussi dans cette période une étude complète et détaillée de la symptomatologie classique des fièvre typhoïdes et paratyphoïdes Ici encore les formes à épisodes ont été fréquentes après la guérison on a noté chez beaucoup de sujets la persistance d'une irritabilité cardiaque marquée et de tachycardie fréquente.

Les complications ont été infiniment moins nombreuses que dans la première période:

Appareil digestif : Parotidites très nombreuses et d'un pronostic relativement bénin 21 cas sur 4.000 - ;hémoragies intestinales 9cas sur 4.000 - perforation intestinale II cas sur 4.000 - appendicite 9 cas sur 4.000 - abcès périanaux 17 cas sur 4.000-

pparell respiratoire : Laryngotyphus I cas; pneumonie et broncopneumonie secondaire

8 cas, infarctus du poumon 3 cas abcès gangreneux du poumon 2 cas.

ystème nerveux : méningite 5 cas polynévrite 2 cas.

omplications diverses : Otite I cas; Périostite I cas; abcès métastique 9 cas, eschars

7 cas.

ortalité : Sur ces 452 cas, 52 décès.

orts au milieu de phénomènes infectieux graves 19; Par perforation intestinale 6,

ar hémorragies intestinales I, par hématome de la rate I, par myocardite 3; par myocardi

t accident pulmonaire 16; par accidents ménagés 5.

ur l'ensemble des cas observés par ailleurs la mortalité au cours de cette période

été de 12,5 %.

SECONDE PERIODE apparue après une rémission d'avril à Juin 1915 s'est étendue de

in 1915 à Janvier 1916. On y a observé souvent le mode de début brusque avec frissons

vomissements, de même le début en deux temps : une première ascension thermique suivie

u retour à l'état normal pendant 2 à 5 jours puis évolution classique de fièvre thypo

comme si une première fièvre d'inoculation avait été la première manifestation morbide

ait qui nous a frappés est la fréquence de quelques signes notés au sommet droit en

rticuliers chez les malades hyperthermiques : murmures vésiculaires plus rudes; inspira-

on granuleuse et sèche, expiration soufflante. Tous signes s'atténuants à la déferves-

nce.

volution de la fièvre typhoïde nous a permis aussi dans cette période une étude compl

et détaillée de la symptomatologie classique des fièvre typhoïdes et paratyphoïdes

l encore les formes à épisodes ont été fréquentes après la guérison on a noté chez beau

up de sujets la persistance d'une irritabilité cardiaque marquée et de tachycardie fré-

ente.

s complications ont été infiniment moins nombreuses que dans la première période;

Appareil digestif : Parotidites très nombreuses et d'un pronostic relativement

in 21 cas sur 4.000 - ;hémorragies intestinales 9cas sur 4.000 - perforation intestinal

-000 ... abcès péritonéaux 17 cas sur 4.000-

Foie 24 ictères sur 4.000 cas; cholecystites supurées 3 sur 4.000 cas

Reins phyelonéphrite 2 cas sur 1.000 -

Appareil circulatoire Troubles du rythme avec irritabilité cardiaque 1 cas sur 50 malade

Myocardite grave 7 cas sur 1.000 malades - phlébite 5 cas sur 1.000 malades - artérite avec gangrene des membres inférieurs 2 cas sur 4.000 - purpura grave 2 cas sur 4.000

Appareil respiratoire En dehors des modifications fréquentes des sommets exposées plus haut broncopneumonie 2 cas sur 1.000; pleurésie purulente 3 cas sur 1.000

Systèms nerveux : Quelques cas de syndromes méningés peu graves 3 cas d'arthérite cérébrale avec ramolissement.

Complications diverses : Otites 12 cas sur 4.000 - dont 4 mastoidites - myosites supurées fréquentes : Muscle grand droit 2 cas sur 4.000 - muscles des membres 2 sur 4.000; du thorax 1 sur 4.000; muscles speoas 1 sur 4.000; thyroidite supurée 1 cas sur 4.000; orchites aigués 4 cas dont 3 supurées.

Associations morbides sur 6.000 cas - 96 diphtériee, 4 scarlatines, 8 oreillons.

Mortalité Dans cette seconde période sur 2.222 malades les trois derniers mois 30 décés soit 1,35 %.

Caractères bactériologiquee des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquence décroissante du bacile d'Eberth dans les hémocultures:

	Juillet Ao^	Août	Sept.	Octobre	Décembre
EBERTH	33,7 %	16,2 %	16,2 %	3,9 %	1,1 %
PARA A.	40 %	59,3 %	53,8 %	76,3 %	91,4 %
PARA B.	25,4 %	24;5 %	28 %	19 %	7,5 %

Au point de vue des caractères cliniques la différentiation entre les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ne nous a pas paru possible; de même on ne saurait parler de différence de gravité selon la nature de la cause bactériologique dans l'épidémie que nous avons observée la fièbre paratyphoïde B. a été la cause fréquente d'évolution grave.

L'évolution favorable de l'épidémie observée de 1914 vers 1916 parait relever de causes diverses: L'amélioration des conditione hygiénique de la vie du soldat avec la stabilisation du front; la rapidité plus grande des évacuations en cas de maladies organisation

ois 24 ictères sur 4.000 cas; cholecystites suppurées 3 sur 4.000 cas

eins pyélonéphrite 2 cas sur 1.000 -

pareil circulatoire Troubles du rythme avec irritabilité cardiaque 1 cas sur 50 malad ocardite grave 2 cas sur 1.000 malades - phlébite 5 cas sur 1.000 malades - artérite vec gangrène des membres inférieurs 2 cas sur 4.000 - purpura grave 2 cas sur 4.000

pareil respiratoire En dehors des modifications fréquentes des sommets exposées plus aut bronchopneumonie 2 cas sur 1.000; pleurésie purulente 3 cas sur 1.000

ystème nerveux : Quelques cas de syndromes méningés peu graves ; cas d'artérite érébrale avec ramollissement .

mplications diverses : Otites 12 cas sur 4.000 - dont 4 mastoïdites - myosites ppurées fréquentes (Muscle grand droit 2 cas sur 4.000 - muscles des membres 2 sur .000; du thorax 1 sur 4.000; muscles psoas 1 sur 4.000; thyroïdite suppurée 1 cas r 4.000; orchites aiguës 4 cas dont 3 suppurées)

ssociations morbides sur 6.000 cas - 96 diphtéries , 4 scarlatines, 8 oreillons.

rtalité Dans cette seconde période sur 2.222 malades les trois derniers mois 30 cès soit 1,35 %.

ractères bactériologiques des cas observés. Un fait caractéristique a été la fréquen décroissante du bacille d'Eberth dans les hémocultures:

	Juillet Ao^	Août	Sept.	Octobre	Décembre
ERTH	33,7 %	16,2 %	16,2 %	5,9 %	1,1 %
RA A.	40 %	59,3 %	55,8 %	76,3 %	91,4 %
RA B.	25,4 %	24,5 %	28 %	19 %	7,5 %

point de vue des caractères cliniques la différentiation entre les fièvres typhoïdes paratyphoïdes ne nous a pas paru possible; de même on ne saurait parler de différence gravité selon la nature de la cause bactériologique dans l'épidémie que nous avons servée la fièvre paratyphoïde B. a été la cause fréquente d'évolution grave.

volution favorable de l'épidémie observée de 1914 vers 1916 paraît relever de causes verses: l'amélioration des conditions hygiéniques de la vie du soldat avec la stabili-

meilleure des moyens thérapeutiques, enfin l'influence de la vaccination anti-typhoïdique préventive.

Notre étude comprend enfin un bref exposé des moyens thérapeutiques mis en oeuvre avec une mention spéciale pour les excellents résultats obtenus dans les formes graves par l'application de la glace sur le ventre et sur le coeur comme moyen de réfrigération. Dans les conditions pratiques où furent traités nos malades, ce moyen de réfrigération s'est montré incomparablement supérieur aux affusions froides et à la balnéation.

Parmi LES ETATS TYPHOIDES RELEVANT d'AUTRES CAUSES QUE LE BACILLE D'EBERTH ET LES PARA. nous avons relevé quelques cas de grippe, quelques ictères infectieux jamais de typhus et d'assez nombreux cas de bacillose septicémique.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

RECHERCHES SUR L'EPILEPSIE CARDIAQUE
(En collaboration avec Mr le Prof. ODDO)

L'étude d'une observation complète de mal comitial avec crise convulsive nette fugue état mental particulier chez un aortique indemne de toute épilepsie jusqu'à 60 ans a été pour les auteurs l'occasion d'une description clinique détaillée et d'une revue générale; dans cette dernière sont longuement étudiées les hypothèses pathogéniques et le diagnostic de l'épilepsie cardiaque. Les auteurs ont également mis en lumière l'importance de ces cas où la thérapeutique des crises comitiales est avant tout celle des accidents hyposystoliques ou asystoliques qui conditionnent l'épilepsie et la font disparaître en disparaissant eux mêmes.

Un cas d'épilepsie cardiaque. (Comité Médical des B.D.R. 1919)

L'Epilepsie Cardiaque (Revue Générale - Gazette des Hôpitaux 1919)

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

UN CAS d'HEMOPHILIE TRAITE ET GUERI PAR L'HEMATO ETHYROIDINE./
THYROIDITE AIGUE AU COURS DU TRAITEMENT.
(En collaboration avec le Professeur ODDO Sté Médicale des Hop. de Paris 1921)

Observation complète accompagnée d'une mise au point de la question des relations entre les glandes endocrines et l'hémostase spontanée au cours des diathèses hémorragipares.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

que préventive.

Notre étude comprend enfin un bref exposé des moyens thérapeutiques mis en oeuvre avec une mention spéciale pour les excellents résultats obtenus dans les formes graves par l'application de la glace sur le ventre et sur le coeur comme moyen de réfrigération. Dans les conditions pratiques où furent traités nos malades, ce moyen de réfrigération s'est montré incomparablement supérieur aux affusions froides et à la balnéation.

Parmi LES ETATS TYPHOIDES RELEVANT d'AUTRES CAUSES QUE LE BACILLE D'EBERTH ET LES PARA. nous avons relevé quelques cas de grippe, quelques ictères infectieux jamais de typhus et d'assez nombreux cas de bacillose septicémique.

-:-

RECHERCHES SUR L'EPILEPSIE CARDIAQUE
(En collaboration avec Mr le Prof. ODDO)

L'étude d'une observation complète de mal comitial avec crise convulsive nette fugue état mental particulier chez un aortique indemne de toute épilepsie jusqu'à 60 ans a été pour les auteurs l'occasion d'une description clinique détaillée et d'une revue générale; dans cette dernière sont longuement étudiées les hypothèses pathogéniques et le diagnostic de l'épilepsie cardiaque. Les auteurs ont également mis en lumière l'importance de ces cas où la thérapeutique des crises comitiales est avant tout celle des accidents hyposystoliques ou asystoliques qui conditionnent l'épilepsie et la font disparaître en disparaissant eux mêmes.

Un cas d'épilepsie cardiaque. (Comité des B.D.R. 1919) Médical

L'Epilepsie Cardiaque (Revue Générale - Gazette des Hôpitaux 1919)

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

UN CAS d'HEMOPHILIE TRAITE ET GUERI PAR L'HEPATO ETHYROIDINE./
THYROIDITE AIGUE AU COURS DU TRAITEMENT.
(En collaboration avec le Professeur ODDO Sté Médicale des Hôp. de Paris 1921

Observation complète accompagnée d'une mise au point de la question des relations entre les glandes endocrines et l'hémostase spontanée au cours des diathèses hémorragipares.

LA SYPHILIS SECONDAIRE DU COEUR.-
(En collaboration avec Monsieur le Prof. ODDO)

Académie de Médecine Mars 1920
Archives des Maladies de Coeur et des Vaisseaux 1920
XVe Congrès de Médecine Française. Strasbourg 3 Octobre 1921

Au cours de ces diverses études les auteurs ont mis en lumière l'importance diagnostique et thérapeutique de syphilis secondaire du coeur grace à une observation clinique et anatomo-pathologique complète agrémentée de diverses planches d'histologie pathologiques. Les auteurs pensent qu'il faut considérer la syphilis secondaire du coeur comme une question actuelle très présente bien que très peu connue.

Cliniquement.- Cliniquement elle peut revêtir deux formes distinctes:

Une forme bénigne dont les troubles du rythme cardiaque sont les seules manifestations et peuvent annoncer les lésions graves du tertiarisme. Parmi ces lésions tertiaires doivent se ranger bon nombre de miocardites chroniques et de lésions valvulaires mitrales à coté des aortites spécifiques et du pouls lent permanent seule manifestation classique jusqu'ici de syphilis tertiaire du coeur.

Une forme grave dans laquelle au cours de certains accidents asystoliques généralement brusques et de causes apparament très connues il faut savoir dépister la syphilis.

On peut mourir par le coeur à la période secondaire de la syphilis.

Anatomiquement les lésions observés par les auteurs montrent que l'atteinte spécifique frappe les vaisseaux et par eux surtout le péricarde.

Le miocarde peut être aussi frappé: ses lésions ne sont pas apparentes mais elles existent comme le montre les constatations des auteurs américains et les manifestations miocardiques qui font souvent la gravité des signes cliniques.

Les accidents asystoliques graves résistent au traitement cardiaque ordinaire auquel il ne faut pas s'attarder. Ils supportent mal la cure arsenobenzolique. Leur traitement de choix parait-être la cure mercurielle énergique par voie veineuse précédée d'une préparation analogue à celle qui doit préparer la cure digitalique classique.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

...IRES DU COEUR -.
(En collaboration avec Monsieur le Prof . ODDO)

...té de Médecine Mars 1920
...rchives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux 1920
...V° Co rès de Médecine Française. Strasbourg 3 Octobre 1921

...u cour de ces diverses études les auteurs ont mis en lumière l'importance diagno-ique
...t thérapeutique de syphilis secondaire du coeur grâce à une observation clinique et
...natomo-pathologique complète agrémentée de diverses planches d'histologie pathologique
...es auteurs pensent qu'il faut considérer la syphilis secondaire du coeur comme une
...estion actuelle très présente bien que très peu connue.

...iniquement. - Cliniquement elle peut revêtir deux formes distinctes:

Une forme bénigne dont les troubles du rythme cardiaque sont les seules manifestation
... avant annoncer les lésions graves du tertiarisme. Parmi ces lésions tertiaires
...ent se ranger bon nombre de miocardites chroniques et de lésions valvulaires mitrales
...té des aortites spécifiques et du pouls lent permanent seule manifestation classique
...squ'ici de syphilis tertiaire du coeur.

Une forme grave dans laquelle au cours de certains accidents asystoliques généralement
...ques et de causes apparement très connues il faut savoir dépister la syphilis.
...ut mourir par le coeur à la période secondaire de la syphilis.

...iniquement les lésions observées par les auteurs montrent que l'atteinte spécifique
...appe les vaisseaux et par eux surtout le péricarde.
... miocarde peut être aussi frappé: ses lésions ne sont pas apparentes mais elles existent
...mme le montre les constatations des auteurs américains et les manifestations miocardiques
...i font souvent la gravité des signes cliniques.

Les accidents asystoliques graves résistent au traitement cardiaque ordinaire
...el il ne faut pas s'attarder. Ils supportent mal la cure arsenobenzolique. Leur
...itement de choix paraît-être la cure mercurielle énergique par voie veineuse précédée
...une préparation analogue à celle qui doit préparer la cure digitalique classique.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

QUESTIONS DE GARDE DE MEDECINE

pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille
(en collaboration avec Mr Paul GIRAUD)
Interne des Hôpitaux.-

I Volume I40 Pages
Imprimerie Méridionale
Marseille I92I

Ouvrage didactique destiné à la préparation de l'épreuve dite de QUESTIONS DE GARDE du concours d'internat des Hôpitaux de Marseille.

Cet ouvrage expose brièvement les principaux tableaux cliniques de la médecine d'urgence et résume la thérapeutique des cas d'urgence médicaux.

Ainsi sont rapidement passés en revue le diagnostic et le traitement des questionsd'urgence que comprend la pathologie de d'appareil respiratoire, du tube digestif, du système nerveux, des appareils circulatoires et urinaires, la pathologie des maladies générales, des glandes vasculaires sanguines et des intoxications.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

DONNEES ACTUELLES SUR l'ANATOMIE, la PHYSIOLOGIE, la PATHOLOGIE DU CORPS STRIE

Monographie de 50 pages en collaboration avec Mr Jean REBOUD LACHAUX, Interne des Hôpitaux Marseille I92I, Imprimerie Marseillaise.

Ce travail comprend une étude détaillée de l'anatomie et de la physiologie du corps strié selon les données classiques et les données récentes.

Après une description clnique et anatomopathologique des diverses affections nerveuses rapportées aux altérations du corps strié, les auteurs ont tracé un tableau d'ensemble de divers syndromes moteurs . Ainsi apparait l'importance des données récentes qui apportent une lumière nouvelle dans l'étude des troubles de la motilité. Elles éclairent en effet le chapitre si confus jusqu'ici des troubles du tonus, de l'agitation rythmique et arythmique des muscles, des syndromes Parkinsoniens. A coté du syndrome pyramidal et du syndrome cérébelleux se rangent donc désormais les syndrome extra-pyramidaux dans la production desquels les lésions du corps strié jouent un role important si non exclusif.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

QUESTIONS DE GARDE DE MEDECINE

pour l'Internat des Hôpitaux de Marseille
(en collaboration avec Mr Paul GIRAUD)
Interne des Hôpitaux.-

I Volume 140 Pages
Imprimerie Méridionale
Marseille 1921

Ouvrage didactique destiné à la préparation de l'épreuve dite de QUESTIONS DE GARDE du concours d'internat des Hôpitaux de Marseille.

Cet ouvrage expose brièvement les principaux tableaux cliniques de la médecine d'urgence et résume la thérapeutique des cas d'urgence médicaux.

Ainsi sont rapidement passés en revue le diagnostic et le traitement des questions d'urgence que comprend la pathologie de d'appareil respiratoire, du tube digestif, du système nerveux, des appareils circulatoires et urinaires, la pathologie des maladies générales des glandes vasculaires sanguines et des intoxications.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

DONNEES ACTUELLES SUR L'ANATOMIE, la PHYSIOLOGIE, la PATHOLOGIE DU CORPS STRIE

Monographie de 60 pages en collaboration avec Mr Jean REBOUD LACHAUX, Interne des Hôpitaux de Marseille 1921, Imprimerie Marseillaise.

Ce travail comprend une étude détaillée de l'anatomie et de la physiologie du corps strié selon les données classiques et les données récentes.

Après une description clinique et anatomopathologique des diverses affections nerveuses rapportées aux altérations du corps strié, les auteurs ont tracé un tableau d'ensemble des divers syndromes moteurs . Ainsi apparait l'importance des données récentes qui apportent une lumière nouvelle dans l'étude des troubles de la motilité. Elles éclairent en effet le chapitre si confus jusqu'ici des troubles du tonus, de l'agitation rythmique et arythmique des muscles, des syndromes parkinsoniens. A coté du syndrome pyramidal et du syndrome cérébelleux se rangent donc désormais les syndrome extra-pyramidaux dans la production desquels les lésions du corps strié jouent un role important si non exclusif.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

LES DONNES ACTUELLES SUR LA COLLOIDOCLASIE ET l'ANAPHYLAXIE
(Conférence à la Sté libre des Médecins de Marseille Janvier 1922)

Exposé des notions établies par le Professeur VIDAL et ses élèves sur le mécanisme du choc alaphylactique et des chocs en général suivies d'un essais de classification des diverses manifestations colloidoclasiques étudiées en pathologie.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

QUELQUES CARACTERES DES CONTRACTIONS AGONIQUES DU MYOCARDE HUMAIN OBSERVEE SUR LE COEUR A NU DE DEUX FOETUS NON VIABLES

(Communication au Congrès de la Société de Biologie Septembre 1922)

L'auteur a observé au cours d'autopsie précose de foetus non viable que le myocarbe continuait à se contracter assez longtemps après la mort . Les contractions ont été entretenues autant qu'il a été possible par l'emploi d'un goutte à goutte de sérum physiologique sur le myocarde.

Le caractère sommaire de ces observations(d'ailleurs accidentelles) et la conditions des sujets légitiment les plus grandes réserves dans l'interprétation des faits observés et surtout dans leur comparaison avec les phénomènes de la contraction cardiaque de l'adulte dont les travaux de TAWARA, ASKOFF, KEITH, FLACK, MACKENZIE, THOREL, etc WENCKEBACH VAQUEZ, etc ont éclairé la physiologie normale et pathologique.

Il importe cependant de retenir quelques éléments de ces contastations tout à-fait accidentelles:

1° La persistance pendant plus de trois heures après la disparition de tout signe apparent de la vie des propriétés d'excitation, de contractivité, d'excitabilité du myocarde humain foetal exposé à l'air et abadonné à lui même. Quant au pouvoir de conductibilité, tout se passe comme s'il avait disparu avec les signes apparents de la vie.

2° La persistance pour un temps presque aussi long de certains pouvoirs reflexes du système végétatif comme le démontre l'accélération des contractions ventriculaires et auriculaires provoquée par le pincement de la masse intestinale.

3° Les caractères assez nets de l'activité myocardique observés; la marche de la contraction auriculaire que l'on a pu voir(Obs. I) allait de l'oreillette droite à l'oreillette gauche. La marche de la contraction ventriculaire allant du ventricule gauche au ventricule droit dans l'Obs. I

...ONNES ACTUELLES SUR LA COLLOIDOCLASIE ET L'ANAPHYLAXIE
...rence à la Sté libre des Médecins de Marseille Janvier 1922)

...posé des notions établies par le Professeur VIDAL et ses élèves sur le mécanisme
...n choc alaphylactique et des chocs en général suivies d'un essais de classification
...s diverses manifestations colloidoclasiques étudiées en pathologie.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

...ELQUES CARACTERES DES CONTRACTIONS AGONIQUES DU MYOCARDE HUMAIN OBSERVEE SUR LE COEUR
...U DE DEUX FOETUS NON VIABLES
(Communication au Congrès de la Société de Biologie Septembre 1922)

...auteur a observé au cours d'autopsie précose de foetus non viable que le myocarde conti-
...ait à se contracter assez longtemps après la mort. Les contractions ont été entretenues
...ant qu'il a été possible par l'emploi d'un goutte à goutte de sérum physiologique sur
...myocarde.

...caractère sommaire de ces observations (d'ailleurs accidentelles) et la conditions des
...ts légitiment les plus grandes réserves dans l'interprétation des faits observés
...surtout dans leur comparaison avec les phénomènes de la contraction cardiaque de l'adulte
...t les travaux de TAWARA, ASKOFF, KEITH, FLACK, MACKENZIE, WEDNEL, de WENCKEBACH
...ME, etc ont éclairé la physiologie normale et pathologique.

...importe cependant de retenir quelques éléments de ces contastations tout à-fait acciden-
...les:

1° La persistance pendant plus de trois heures après la disparition de tout signe
...arent de la vie des propriétés d'excitation, de contractivité, d'excitabilité du myocarde
...ain foetal exposé à l'air et abadonné à lui même. Quant au pouvoir de conductibilité,
...t se passe comme s'il avait disparu avec les signes apparents de la vie.

2° La persistance pour un temps presque aussi long de certains pouvoirs reflexes
...système végétatif comme le démontre l'accélération des contractions ventriculaires et
...iculaires provoquée par le pincement de la masse intestinale.

3° Les caractères assez nets de l'activité myocardique observés; la marche de la
...traction auriculaire que l'on a pu voir (Obs. I) allait de l'oreillette droite à l'oreillet
...gauche. La marche de la contraction ventriculaire allant du ventricule gauche au ventricu-

4° Les caractères de la dissociation auriculo-ventriculaires avec le rythme distinct des oreillettes et des ventricules traduisant une dissociation complète. Il est interessant de signaler à ce point de vue que le rythme idio-ventriculaire était ici de beaucoup plus rapide que le rythme auriculaire.

5° Mais malgrè la lenteur des contractions auriculaires ce sont elles qui ont survécu à toutes les contractions myocardiques. De toutes les localisations cardiaques les centres de l'oreillettes droite centre emetteurs primordiaux des ondes contractiles sont ceux qui conservent le plus longtemps leur pouvoir d'émission. A leur niveau a été vraiment chez les deux foetus observés "l'Ultimum moriens" de l'automatisme cardiaque.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

3° Chapitre: P A T H O L O G I E   E X O T I Q U E
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

ASPECTS DES SELLES DANS LES FORMES ATYPIQUES de la DYSENTERIE AMIBIENNE
(En collaboration avec le Docteur BLOCH) (Presse Médicale, 26 Juillet 1917)

Les auteurs ont mis en lumière l'importance des selles de l'amibiase entièrement diffé tes des selles dysentériques et ils rangent en deux catégories les selles atypiques obse selles avec glaires apparentes, selles sans glaires apparentes.

Selles avec glaire apparentes: En dehors des selles muqueuses ou muoso-sanglantes cl ques les glaires nous sont apparues sous les aspects suivants:

1° selles liquides un peu collantes de couleur bilieuse ou jaune ocre avec en suspe des grains muqueux semblables au tapioca bien cuit du volume de 2 à 3 grains congloméré Quand on incline le récipient ces grains transparents glissent sur le fond du vase plus lentement que le liquide qui les noie et font une tache pâle sur le fond coloré.

2° Plus abondant le mucus constitue des glaires translucides de volume variable, gli sant dans le liquide aqueux comme de l'albumine d'oeuf cru.

3° Fréquemment et dans les formes prolongées une sérosité verdâtre assez épaisse tient en suspension de nombreux débris muqueux effilochés, souvent enchevêtrée, semblab aux écheveaux que forment certaines herbes marines.

4° Le mucus peut être parfois congloméré et donne l'aspect de soupe à l'oeuf ou au vermicelle mélangé de débris bilieux verdâtre.

Quand la selle est plus solide ce dernier type donne l'aspect général d'oeuf brouill

Les glaires peuvent être plus abondantes, épaisses, teintées d'une couleur allant du brun caramel au vert doré, translucides ou opaques.

A côté de ces selles dont la glaire fait tout l'aspect, il en est d'autres nettemen fécaloïdes, semi-liquides, molles ou même solides et moulées accompagnées d'ilots muque un peu sanguinolents surnageant à la surface de la masse fécale, ou de masses vitreuses enrobant le bol fécal XXXXXX moulé.

Un type plus rare mais curieux de selles mélangées de bile, de mucus et de sang nous a parfois donné l'aspect de glace framboise pistache fondue.

ASPECTS DES SELLES DANS LES FORMES ATYPIQUES de la DYSENTERIE AMIBIENNE

(En collaboration avec le Docteur BLOCH) (Presse Médicale, 26 Juillet 1917)

Les auteurs ont mis en lumière l'importance des selles de l'amibiase entièrement dif
tes des selles dysentériques et les rangent en deux catégories les selles atypiques ob
selles avec glaires apparentes, selles sans glaires apparentes.

<u>Selles avec glaire apparentes</u>: En dehors des selles muqueuses ou mucoso-sanglantes c
ques les glaires nous sont apparues sous les aspects suivants:

1° selles liquides un peu collantes de couleur bilieuse ou jaune ocre avec en suspe
des grains muqueux semblables au tapioca bien cuit du volume de 2 à 3 grains conglomé
Quand on incline le récipient ces grains transparents glissent sur le fond du vase pl
lentement que le liquide qui les noie et font une tache pâle sur le fond coloré.

2° Plus abondant le mucus constitue des glaires translucides de volume variable, g
sant dans le liquide aqueux comme de l'albumine d'oeuf cru.

3° Fréquemment et dans les formes prolongées une sérosité verdâtre assez épaisse
tient en suspension de nombreux débris muqueux effilochés, souvent enchevêtrés, sembl
aux écheveaux que forment certaines herbes marines.

4° Le mucus peut être parfois congloméré et donne l'aspect de soupe à l'oeuf
ou au vermicelle mélangé de débris bilieux verdâtre.

Quand la selle est plus solide ce dernier type donne l'aspect général d'oeuf brouil
Les glaires peuvent être plus abondantes, épaisses, teintées d'une couleur allant
brun caramel au vert doré, translucides ou opaques.

A coté de ces selles dont la glaire fait tout l'aspect, il en est d'autres nettem
fécaloïdes, semi-liquides, molles ou même solides et moulées accompagnées d'îlots muq
un peu sanguinolents surnageant à la surface de la masse fécale, ou de masses vitreus
enrobant le bol fécal ~~XXXXXX~~ moulé.

Un type plus rare mais curieux de selles mélangées de bile, de mucus et de sang nor
a parfois donné l'aspect de glace framboise pistache fondue.

Selles sans glaires apparentes .- : Nous signalerons ici tout d'abord les caractères des selles dans certains cas avec syndrome cholériforme. La crise cholériforme avec algidité, pouls misérable, selle incoercible apparait parfois au début clinique de l'ambiase.

Les selles sont séreuses, abondantes (3 à 4 litres), faites de liquide pâle gris sale sans aucun débris en suspension, assez chargé en urée (jusqu'à 3 gr.42). Lorsque cette crise qui peut être fatale, évolue favorablement, une rémission des signes intestinaux se produit avec constipation ou selles banales, puis un syndrome dysentérique à évolution prolongée s'installe avec selles abondantes riches en sérosité pâle(I) en débris mal digérés mélangés ou non de mucus où on découvre des amibes. Ces crises cholériformes peuvent apparaitre aussi avec tous leurs caractères dans le cours où la convalescence d'une amibiase confirmée. Les malades pâles, au visage bouffi, ont de la céphalée, des epistaxis fréquentes des myalgies. Leur pouvoir de concentration urinaire en urée est faible. L'étude de la constante d'Ambard chez eux donne des chiffres élevés, même longtemps après la guérison clinique Il est permis de se demander si l'aspect sirupeux, collant, brillant de certaines selles liquides et l'aspect de purée bien liée ne sont pas dus à la présence de mucus incorporé à la selle de façon plus intime et homogène. Ces selles très fréquentes chez nos malades ont tantôt une teinte jaune ocre foncé à reflet hématique, tantôt une teinte jaune ocre clair C'est un type de selle fréquent dans l'amibiase suraiguë où elles simulent des selles typhoïdiques.

Quand ces selles sont plus fécaloïdes, elles offrent l'aspect de purée de lentilles, ou de pois, ou de crême au chocolat, plus ou moins consistantes.

Plus tardivement ou dans des périodes d'accalmie, la masse fécale devient plus cohérente mofe étalée, et sa surface grenue achève la ressemblance qui lui donne son l'aspect avec la bouse de vache.(Job-Hirtzmann)

A côté des formes précédentes, qui semblent parfois se succéder dans un cycle évolutif, il y a des malades qui n'ont jamais eu que des selles d'indigestion, c'est-à-dire liquides, plus ou moins jaunes sale avec débris d'aliments non digérés, surtout de légumes à écorces.

(I) Le chlorhydrate d'émétine accroit particulièrement la quantité de ces selles
(2) Ch. MATTEI. Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux - ARCHIVES des MALADIES DU TUBE DIGESTIF et de la NUTRITION 1918, t. IX n° 10, P. 584-586

lles sans glaires apparentes -- ; nous signalerons ici tout à abord les caractères des

lles dans certains cas avec syndrome cholériforme. La crise cholériforme avec algidité,

ole misérable, selle incoercibles apparaît parfois au début clinique de l'amibiase.

Les selles sont séreuses, abondantes (3 à 4 litres), faites de liquide pâle gris

sans aucun débris en suspension, assez chargé en urée (jusqu'à 3 gr.42). Lorsque cette

se qui peut être fatale, évolue favorablement, une rémission des signes intestinaux

produit avec constipation ou selles banales, puis un syndrome dysentérique à évolution

olongée s'installe avec selles abondantes riches en sérosité pâle(1) en débris mal digérés

angés ou non de mucus où on découvre des amibes. Ces crises cholériformes peuvent appa-

ître aussi avec tous leurs caractères dans le cours où la convalescence d'une amibiase

nfirmée. Les malades pâles, au visage bouffi, ont de la céphalée; des epistaxis fréquentes

myalgies. Leur pouvoir de concentration urinaire en urée est faible. L'étude de la cons-

te d'Ambard chez eux donne des chiffres élevés, même longtemps après la guérison clinique

est permis de se demander si l'aspect sirupeux, collant, brillant de certaines selles

uides et l'aspect de purée bien liée ne sont pas dûs à la présence de mucus incorporé

a selle de façon plus intime et homogène. Ces selles très fréquentes chez nos malades

tantôt une teinte jaune ocre foncé à reflet émétique, tantôt une teinte jaune ocre clai

st un type de celle fréquent dans l'amibiase auxquelles où elles simulent des selles typhoi

nes.

nd ces selles sont plus fécaloïdes, elles offrent l'aspect de purée de lentilles, ou de

e, ou de crême au chocolat, plus ou moins consistantes.

tardivement ou dans des périodes d'accalmie, la masse fécale devient plus cohérente

s étalée, et sa surface grenue achève la ressemblance qui lui donne son 'aspect avec

ouse de vache.(Job-Hirtzmann)

oté des formes précédentes, qui semblent parfois se succéder dans un cycle évolutif, il y

s malades qui n'ont jamais eu que des selles d'indigestion, c'est-à-dire liquides, plus ou

ns jaunes sale avec débris d'aliments non digérés, surtout de légumes à écorces.

1) Le chlorhydrate d'émétine accroît particulièrement la quantité de ces selles

2) Ch. MATTEI. Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux - ARCHIVES des

MALADIES DU TUBE DIGESTIF et de la NUTRITION 1918, t. IX n° 10, P. 584-586

Dans l'évolution de la maladie ces types un peu schématiquement énumérés présentent parfois un ordre de succession analogue à celui de notre description de la selle avec glaire à la selle bouse de vache. Parfois il y a alternance, par crises des divers types. Chez d'autres, certainement les plus nombreux, on a pendant toute la maladie, dont la crise dysentérique nette n'a souvent même pas marqué le début, une diarrhée tenace généralement abondante, faite de selles purée cere collante à débris mal digérés.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'AMIBIASE SUR LE FRONT FRANCAIS - CENTRE-EST (1916-1917)

(En collaboration avec le Docteur Marcel BLOCH - Anale de Médecine 1918 p.374 à 403 II Figures)

Les auteurs après avoir observé un demi millier de cas d'amibiase ont étudié les conditions d'observations de ses amibiases en insistant sur la fréquence de l'infection mibienne chez les hommes n'ayant jamais quitté le front (90% de cas observés). Ilsdécrivent les diverses formes observées en notant que les cas légers représentent le 70 % , les cas moyens le 25 %, les cas graves le 5% des amibiases observées. Ils donnent des descriptions cliniques détaillées et parmi les formes graves ile décrivent spécialement les formes prolongées, cholériformes, et surtout les formes d'amibiases suraiguës.

Les abcès du foie sont l'objet d'une description spéciale, les auteurs en ont observé 16 cas dont 13 dans les formes anormalement rapides d'amibiase. Au point de vue symptomatique ces abcès peuvent passer inaperçus au point de vue anatomique, leur volume étant en général considérable, leur contenu est du pus couleur jaune verdatre leur paroie est enfractueuse sans coque d'enkystement donnant l'impression d'une nécrose du parenchyme à marche foudroyante.

Les auteurs insistent aussi sur certains détails de recherche microscopique notamment sur l'importance des examens coprologique répétés pour arriver à un diagnostic et sur la nécessité d'observer surtout les glaires et si possible le culot de centrifugation des selles étudiées. Ils rapportent quelques caractères morphologiques des amibes observés et les associations pathogènes ou parasitaires rencontrées.

Ils publient d'assez nombreux documents anatomo pathologiques: autopsie complète d'importeurs d'amibes sans manifestation dysenterique; autopsie d'un amibien guéri d'un abcès du

...l'évolution de la marche des types en peu schématiquement exposée précédemment.
...fois un ordre de succession analogue à celui de notre description de la selle avec glaires
...la selle bouse de vache.
...fois il y a alternance, par crises des divers types. Chez d'autres, certainement les
...nombreux, on a pendant toute la maladie, dont la crise dysentérique nette n'a souvent
...pas marqué le début, une diarrhée tenace généralement abondante, faite de selles purée
...collante à débris mal digérés.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

AMIBIASE SUR LE FRONT FRANCAIS - CENTRE-EST (1916-1917)
(En collaboration avec le Docteur Marcel BLOCH - Anals de Médecine 1918 p.374 ...
II Figures)

...auteurs après avoir observé un demi millier de cas d'amibiase ont étudié les conditions
...observations de ces amibiases en insistant sur la fréquence de l'infection amibienne
...les hommes n'ayant jamais quitté le front (90% de ces observés). Ils décrivent les
...verses formes observées en notant que les cas légers représentent le 70 % , les cas mo...
...25 %, les cas graves le 5% des amibiases observées. Ils donnent des descriptions clin...
...détaillées et parmi les formes graves ils décrivent spécialement les formes prolong...
...idériformes, et surtout les formes d'amibiases suraiguës.
...abcès du foie sont l'objet d'une description spéciale, les auteurs en ont observé 16
...dont 12 dans les formes anormalement rapides d'amibiase. Au point de vue symptomati...
...abcès peuvent passer inaperçus au point de vue anatomique, leur volume étant en g...
...considérable, leur contenu est du pus couleur jaune verdâtre leur paroi est anfrac...
...sans coque d'enkystement donnant l'impression d'une nécrose du parenchyme à marc...
...fractueuse.

...auteurs insistent aussi sur certains détails de recherche microscopique notamment s...
...l'importance des examens coprologiques répétés pour arriver à un diagnostic et sur la n...
...té d'observer surtout les glaires et si possible le culot de centrifugation des selle...
...diarrhées. Ils rapportent quelques caractères morphologiques des amibes observés et les
...associations pathogènes ou parasitaires rencontrées.
Ils publient d'assez nombreux documents anatomo-pathologiques autopsie complète d'...

foie; autopsie de forme grave et suraiguë où les lésions coliques et hépathiques sont décrites à l'aide de photographies très instructives.

Enfin après quelques remarques étiologiques ils tracent exactement les limites de la cure réglée par la nécessité d'agir fort et vite, de prolonger le traitement et d'éviter les accidents toxiques ceux-ci étant presque certains quand on dépasse la dose totale de I gramme de chlorydrate de métine même en un mois et par séries espacées.

L'étude se termine par un énoncé des résultats obtenus avec la cure d'Emétine et avec les autres médications préconisées.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

DONNEES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES HEPATITES ANIBIENNES PAR LE CHLORHYDRATE D'EMETINE.- (Pratique Médicale Française Avril 1921) page 235 à 243

Ce travail résume avec les recherches personnelles de l'auteur sur la question les règles du traitement des hépathiques ambiennes par le Chlorydrate d'Emetine.

Il commence par une classification anatomo-clinique des hépatites anibiennes:

Congestion du foie et hépatites présupuratives;

Hépatites suppurées

Hépatites non suppurées.

Insistant sur le fait que toutes les transitions s'observent entre les congestions du foie et les hépatites suppurées caractérisées; l'auteur pense que la limite du traitement/// médical des hépatites aigues amibiennes peut être reculé à l'extrême; ainsi en témoignat les observations l'abcès du foie guéri par l'Emétine dont la guérison à été controlée par l'autopsie, l'auteur en a publié un cas typique dans le Paris Médical.

L'efficacité particulière de l'Emétine contre l'action nécrosante de l'Amibe histolytique donne la raison de ces succès dans tous les cas ou l'abcès du foie est encore un foyer de nécrose hépatique pressentes d'origine amibienne.

Le travail comprend ensuite l'exposé des principes du traitement des hépatites amibiennes

Traitement préventif réalisé par la cure précoce, prolongée et enargique de l'amibiase intestinale.

foie; autopsie de formes graves, et suraiguës où les lésions coliques et hépatiques sont décrites à l'aide de photographies très instructives.

Enfin après quelques remarques étiologiques ils tracent exactement les limites de la cu réglée par la nécessité d'agir fort et vite, de prolonger le traitement et d'éviter les accidents toxiques ceux-ci étant presque certains quand on dépasse la dose totale de 1 gramme de chlorhydrate de émétine même en un mois et par séries espacées.

L'étude se termine par un exposé des résultats obtenus avec la cure d'Emétine et avec les autres médications préconisées.-:-:-:-

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

DONNEES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES HEPATITES, AMIBIENNES PAR LE CHLORHYDRATE D'EMETINE.-

(Pratique Médicale Francaise Avril 1921) page 235 à 245

Ce travail résume avec les recherches personnelles de l'auteur sur la question les règles du traitement des hépatiques amibiennes par le Chlorydrate d'Emetine.

Il commence par une classification anatomo-clinique des hépatites amibiennes:

Congestion du foie et hépatites présuppuratives;

Hépatites suppurées

Hépatites non suppurées.

Insistant sur le fait que toutes les transitions s'observent entre les congestions du f et les hépatites suppurées caractérisées; l'auteur pense que la limite du traitement médical des hépatites aigues amibiennes peut être reculé à l'extrême; ainsi en témoign les observations l'abcès du foie guéri par l'Emétine dont la guérison à été controlée par l'autopsie, l'auteur en a publié un cas typique dans le Paris Médical.

L'efficacité particulière de l'Emétine contre l'action nécrosante de l'Amibe histolytiq donne la raison de ces succès dans tous les cas où l'abcès du foie est encore un foyer d nécrose hépatique pressentes d'origine amibienne.

Le travail comprend ensuite l'exposé des principes du traitement des hépatites amibie.

Traitement préventif réalisé par la cure précoce, prolongée, et énergique de l'amibiase intestinale.

Traitement Curatif : Envisagé successivement: comme élément essentiel du traitement médical exclusif, comme complément de la cure chirurgicale indispensable dans certains cas ainsi sont étudiés les indications, le mode d'emploi, les dangers, les insuccès du traitement médical exclusif de la mibiase épathique par le chlorydrate démétine, puis sont passés en revue les données actuelles sur le traitement mixte Emétine Arsénobenzol et le traitement médico-chirurgical. Cette étude conduit l'auteur à conclure!

L'extension de l'Amibiase en France causée par la guerre fait de cette maladie et de ses déterminations hépatiques des réalités cliniques fréquentes avec lesquelles le praticien doit compter.

Si le diagnostic précose à permis une rapide mise en oeuvre de la cure par l'émétine et si dans la conduite du traitement on évite les dangers de la toxicité accumulative de l'émétine par l'usage de doses totales inférieures à I gr. , dose toxique, on possèdera dans le chlorhydrate d'émétine un agent thérapeutique sans égal des hépatites amibiennes.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

LES DONNEES ACTUELLES SUR L'EMPLOI de l'EMETINE DANS L'AMIBIASE

(Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Marseille II-I7 Septembre I922)
(27 pages)

Après une étude détaillée des notions générales sur l' Emétine nécessaire notre travail étudie les données actuelles sur l'emploi de l'Emétine dans les Amibiases. Nous en avons exposé le principe en étudiant l'action amibicide de l'Emétine qui est particulièrement toxique pour les amibes végétatives.forme hystolitique notamment. Nous étudions ensuite successivement pour l'amibiase intestinale aigue et chronique pour les hépatites amibiennes surtout., les données cliniques, anatomiques, pathogéniques, qui éclairent l'action de l' Emétine. Enfin, notre rapport expose et précise le mode d'emploi de 'Emétine dans les diverses formes de l'amibiase(la voie d'Administration, la posologie, les indications et les dangers) Les règles de ce mode d'emploi tirées de l'expérience de la guerre ont été particulièrement éclairées par nos recherches sur l'élimination urinaire, l'accumulation et l'action thérapeutique de l'Emétine .

En conclusion, le traitement des localisations diverses de l'amibiase doit être précose, conduit d'une façon intensive (8 à I2 centigr. par jour au début) mais prudente (ne pas dépasser un gramme en un mois et laisser 40 jours de repos au malade qui a atteint cette

traitement Curatif : Envisagé successivement; comme élément essentiel du traitement médical exclusif, comme complément de la cure chirurgicale indispensable dans certains cas, ...uel sont étudiés les indications, le mode d'emploi, les dangers, les insuccès du traitement médical exclusif de la amibiase hépatique par le chlorydrate déémétine, puis sont passés en revue les données actuelles sur le traitement mixte Emétine Arsénobenzol et le traitement médico-chirurgical. Cette étude conduit l'auteur à conclure:

l'extension de l'amibiase en France causée par la guerre fait de cette maladie et de ses déterminations hépatiques des réalités cliniques fréquentes avec lesquelles le praticien doit compter.

Le diagnostic précoce a permis une rapide mise en oeuvre de la cure par l'émétine et si dans la conduite du traitement on évite les dangers de la toxicité accumulative de l'émétine par l'usage de doses totales inférieures à 1 gr. 1 dose toxique, on possédera dans le chlorhydrate d'émétine un agent thérapeutique sans égal des hépatites amibiennes.

Il commence par une classification [illegible] des hépatites amibiennes

LES DONNEES ACTUELLES SUR L'EMPLOI de l'EMETINE DANS L'AMIBIASE

Rapport présenté au Congrès Colonial National de la Santé Marseille 11-17 Septembre 19..
(27 pages)

Après une étude détaillée des notions générales sur l'Emétine nécessaire notre travail étudie les données actuelles sur l'emploi de l'Emétine dans les Amibiases. Nous en avons posé le principe en étudiant l'action amibicide de l'Emétine qui est particulièrement spécifique pour les amibes végétatives, forme hystolitique notamment. Nous étudions ensuite successivement pour l'amibiase intestinale aigüe et chronique pour les hépatites amibiennes surtout, les données cliniques, anatomiques, pathogéniques, qui éclairent l'action de l'Emétine. Enfin, notre rapport expose et précise le mode d'emploi de l'Emétine dans les diverses formes de l'amibiase(la voie d'administration, la posologie, les indications les dangers) Les règles de ce mode d'emploi tirées de l'expérience de la guerre ont été particulièrement éclairées par nos recherches sur l'élimination urinaire, l'accumulation l'action thérapeutique de l'Emétine.

Conclusion. le traitement des localisations diverses de l'amibiase doit être précoce.

...it d'une façon intensive (8 à 12 centigr. par jour au début) mais prudente (ne pas

dose totale)

Efficace contre l'amibiase aiguë intestianle, la cure par l'émétine peut empêcher l'amibiase intestinale chronique. Elle guérit rarement cette dernière.

Le traitement par l'émétine est le traitement de choix de toutes les hépatites amibiennes Il a une éfficacité telle qu'il guérit souvent l'hépatite suppurée elle-même sans interventi[illegible] chirurgicale/

le nombre des [illegible]

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

MODIFIC[illegible]TIONS LEUC[illegible] AU COU[illegible] DE L'AUTO-[illegible]

(C.R. de la [illegible] de Biologie) du 8 [illegible]

L'auto-Hémothérapie pratiquée sur 4 [illegible] leucocytose sans modifier la quantité de[illegible] dont le nombre est augmenté [illegible] lymphocytes. Les formes de transitions [illegible] injections les polynucléaires [illegible] tions des résultats obtenus par [illegible]

TRAITEMENT DE L'[illegible]

(Revue Médico-[illegible] AL[illegible]ES)

Ce travail résume l[illegible] règles d'hygiène alimentai[illegible] les bases du traitement. Il [illegible] l'utilité de la médication opo[illegible] déjà employés avec succés par [illegible].

QUELQ[illegible] NOTIONS A[illegible] INTERNE

[illegible]

Ce travail est un exposé des essais [illegible] tentés en médecine interne avec le radi[illegible] et le mésotorium.

Pour le Radium nous avons étudié d'abord [illegible] employés puis l'action physio[illegible]que et l'action [illegible]que du [illegible] énuméré ensuite les résultats observés dans les rhumatismes, les névralgies, la bacillose pulmonaire et quelques affections diverses.

4° Chapitre - THERAPEUTIQUE MEDICALE

POUVOIR HEMATOPOIETIQUE DU SERUM DE CHEVAL PREALABLEMENT SAIGNE

(4 observations - Thèse du Dr SETA - Montpellier 1912)

Observations de cas d'anémie post-partum dans lesquelles le nombre des hématies était tombé aux environ de trois millions et au dessous et l'ingestion par la bouche et en lavements de 10 cm 3 parchaque voie de sérum de cheval saigné a ramené en 8 à 10 jours le nombre des globules rouges au taux normal.

MODIFICATIONS LEUCOCYTAIRES AU COURS DE L'AUTO-HEMATOTHERAPIE

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913 - 3 pages.

L'auto-hématothérapie pratiquée sur 4 sujets adultes a provoqué régulièrement une hyperleucocytose sans modifier la quantité des hématies. Au point de vue qualitatif les leucocytes dont le nombre est augmenté sont dans trois cas les moyens mononucléaires dans un cas les lymphocytes. Les formes de transitions sont également assez nombreuses après la fin des injections les polynucléaires reprennent leur taux normal. On peut rapprocher ces modifications des résultats obtenus par Hamburger et Reuss.

TRAITEMENT DE L'ATREPSIE

(Revue Médico-thérapeutique 1914 - en collaboration avec Mr le Professeur ALEZAIS)

Ce travail résume les données essentielles du traitement de l'atrepsie par l'étude des règles d'hygiène alimentaire et des moyens de combatre la dénutrition qui sont les bases du traitement. Il précise grace aux recherches anatomopathologiques des auteurs l'utilité de la médication opothérapique. Notamment de l'opothérapie thyrodienne déjà employée avec succés par Sampson.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

QUELQUES NOTIONS ACTUELLES SUR L'UTILISATION DES CORPS RADIO- ACTIFS EN MEDECINE INTERNE

(Sud-Médical Page 1.516-1.519 16 Février 1921)

Ce travail est un exposé des essais thérapeutiques tentés en médecine interne avec le radium et le mésotorium.

Pour le Radium nous avons étudié d'abord les techniques employés puis l'action physiologique et l'action thérapeutique du médicament. Nous avons énuméré ensuite les résultats observés dans les rhumatismes, les névralgies, la bacillose pulmonaire et quelques affections diverses.

...ose contre l'amibiase aigüe intestinale, la cure par l'émétine peut suppléer l'acti...

VOIR HEMATOPOIETIQUE DU SERUM DE CHEVAL PREALABLEMENT SAIGNE

(4 observations - Thèse du Dr SETA - Montpellier 1912)

servations de cas d'anémie post-partum dans lesquelles le nombre des hématies était bé aux environ de trois millions et au dessous et l'ingestion par la bouche et en ements de 10 cm 3 parchaque voie de sérum de cheval saigné a ramené en 8 à 10 jours nombre des globules rouges au taux normal.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

IFICATIONS LEUCOCYTAIRES AU COURS DE L'AUTO-HEMATOTHERAPIE

(C.R. de la Société de Biologie) du 8 Juillet 1913 - 3 pages.

uto-Hématothérapie pratiquée sur 4 sujets adultes a provoqué régulièrement une hyper-ocytose sans modifier la quantité des hématies. Au point de vue qualitatif les leucocytes t le nombre est augmenté sont dans trois cas les moyens mononucléaires dans un cas les phocytes. Les formes de transitions sont également assez nombreuses après la fin des ections les polynucléaires reprennent leur taux normal. On peut rapprocher ces modifica-ns des résultats obtenus par Hamburger et Hemas.

ITEMENT DE L'ATREPSIE

Revue Médico-thérapeutique 1914 - en collaboration avec Mr le Professeur ALEZAIS)

travail résume les données essentielles du traitement de l'atrepsie par l'étude des les d'hygiène alimentaire et des moyens de combatre la dénutrition qui sont les bases traitement. Il précise grace aux recherches anatomopathologiques des auteurs l'utilité la médication opothérapique. Notamment de l'opothérapie thyrodienne déjà employée avec ès par Sampson.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

QUES NOTIONS ACTUELLES SUR L'UTILISATION DES CORPS RADIO- ACTIFS EN MEDECINE INTERNE

(Sud-Médical Page 1.516-1.519 15 Février 1921)

travail est un exposé des essais thérapeutique tentés en médecine interne avec le radium le mésotorium.

r le Radium nous avons étudié d'abord les techniques employées puis l'action physiologi- et l'action thérapeutique du médicament. Nous avons énuméré ensuite les résultats ervés dans les rhumatismes, les névralgies, la bacillose pulmonaire et quelques affections

Pour le mésotorium le plan d'étude a été le même et nous avons rappelé notamment action sur l'appareil circulatoire et la nutrition générale; son action thérapeut dans le rhumatisme gonococcique, les rhumatismes déformants et diverses autres aff

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

RECHERCHES SUR l'ELIMINATION URINAIRE CHEZ l'HOMME, l'ACCUMULATION, la TOXICITE et l'EMPLOI THERAPEUTIQUE du CHLORHYDRATE d'EMETINE

Notes sur l'emploi du Chlorhydrate d'Emetine
(Paris Médical, 13 Octobre 1917)

Notes sur l'Elimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme
(En collaboration avec RIBON
(C.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917, Page 830)

Notes sur l'emploi de certainesréactifs pour la recherche de l'émétine dans l'urine l'Homme;-
(C.R. Société de Biologie, 13 Avril 1918, P. 315

L'Elimination urinaire de l'émétine après l'injection intra-veineuse de chlorhydrate
(Sté de Biologie 4 Avril 1920)

La toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine
(Société Médicale des Hôpitaux 4 Mai 1920)
(Gazette des Hôpitaux 4 Août 1920)

Au cours d'études cliniques et de recherches biochimiques pousuivies pendant 5 ans l' a établi divers points importants touchant à l'emploi du chlorhydrate d'émétine en th tique humaine.

L'émétine préconisée pour la première fois deux ans avant la guerre était en 1914 un médicament sur la posologie duquel les notions étaient vagues et surtout dont la toxicité chez l'homme était à peine soupçonnée. Les manifestations de cette toxicité avaient été en effet rarement observées et le mécanisme de la production des accidents toxiques étaient encore inconnus.

Dans un travail publié en Octobre 1917 (Paris Médical) l'auteur a rapporté les résultat de l'observation de 220 dysenteries amibiennes traitées par l'émétine. il a décrit dans ce travail un exposé d'ensemble des phénomènes toxiques dus à l'émétine. Il a vérifié par les faits annoncés l'importance de l'hypothèse de Dalimier sur la dose toxique d'é tine pour l'homme. I gramme dose maxima de sécurité avait dit Dalimier, les faits rappor tés par l'auteur ont démontré que cette dose était la limite de l'emploi de l'émétine m si elle était atteinte en un mois et par séries espacées.

ur le mésotorium le plan d'étude a été le même et nous avons rappelé notamment tion sur l'appareil circulatoire et la nutrition générale; son action thérapeut ns le rhumatisme gonococcique, les rhumatismes déformants et diverses autres aff

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

RECHERCHES SUR L'ELIMINATION URINAIRE CHEZ L'HOMME, L'ACCUMULATION,

LA TOXICITE et L'EMPLOI THERAPEUTIQUE du CHLORHYDRATE d'EMETINE

es sur l'emploi du Chlorhydrate d'Emétine
(Paris Médical 13 Octobre 1917)

es sur l'Elimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme
(En collaboration avec RIBON
(C.R. Société de Biologie 10 Novembre 1917, Page 830)

es sur l'emploi de certains réactifs pour la recherche de l'émétine dans l'urine
ums:-
(C.R. Société de Biologie, 13 Avril 1918, P. 316

limination urinaire de l'émétine après l'injection intra-veineuse de chlorhydrate
(Sté de Biologie 4 Avril 1920)

toxicité et l'élimination urinaire de chlorhydrate d'émétine
(Société Médicale des Hôpitaux 4 Mai 1920)
(Gazette des Hôpitaux 4 Août 1920)

cours d'études cliniques et de recherches biochimiques poursuivies pendant 6 ans l' tabli divers points importants touchant à l'emploi du chlorhydrate d'émétine en th ie humaine.

étine préconisée pour la première fois deux ans avant la guerre était en 1914 écialement sur la posologie duquel les notions étaient vagues et surtout dont la cité chez l'homme était à peine soupçonnée. Les manifestations de cette toxicité ont été en effet rarement observées et le mécanisme de la production des accidents ques étaient encore inconnues.

un travail publié en Octobre 1917 (Paris Médical) l'auteur a rapporté les résultat 'observation de 220 dysenteries amibiennes traitées par l'émétine. Il a décrit dans ravail un exposé d'ensemble des phénomènes toxiques dus à l'émétine. Il a vérifié les faits annoncés l'importance de l'hypothèse de Dalimier sur la dose toxique d'ém- pour l'homme. 1 gramme dose maxima de sécurité avait dit Dalimier, les faits rappor-

Cette étude clinique des phénomènes toxiques avait également conduit l'auteur à considérer comme certaine l'accumulation de l'émétine chez l'homme considérée comme probable par Dalimier. Un phénomène interessant avait même été observé au début de nos recherches tendant à démontrer cette accumulation .

En effet, l'étude de l'élimination uréique pratiquée chez des malades traités par le chlorhydrate de métine avait révélé des modifications interessantes de la constante d'Ambard qui s'élevait pendant le traitement et restait élevée ou s'élevait encore après la fin de la cure, comme si l'action de l'alcaloïde se prolongeait et se renforcait quand on avait arrêté toute injection d'émétine.

L'étude de l'élimination urinaire de l'émétine chez l'homme fut alors entreprise systématiquement. Cette étude comme celle de l'action de l'émétine sur les fonctions reinales n'avait jamais été faite. Après de longs mois de patientes recherches et l'observations prolongées de plus de 40 sujets dans les urines desquels lémétine a été quotidiennement recherchée et dosée, les résultats obtenus ont été les suivants :

Il a été possible de préciser l'emploi des réactifs de l'émétine et la technique d'un procédé de dosage très simple dans l'urine de l'homme.

Il a été possible surtout d'établir le mode d'élimination urinaire du chlorhydrate déémétine chez l'homme.

Après injection hypodermique l'émétine s'élimine dans l'urine selon le mode discontinue et prolongé. Un sujet ayant reçu en 8 jours 0,48 cgr. de chlorhydrate d'émétine élimine encore de l'alcaloïde et généralement par à c oups 60 jours après la derniere injection hypodermique. Ce premier résultat (IO Novembre 1917) nous a paru devoir être absolument confirmé par d'autres recherches. Les nodules sous cutanés fréquents et très persistants après les injections hypodermique de chlorhydrate d'émétine pouvait à la rigueur être considéré comme la cause d'une accumulation mécanique analogue à celle des produit mercuriels dans certains nodules intra-musculaires; césr nodules auraient provoqué ainsi le rhytme d'élimination urinaire irrégulier et prolongé que nous observons. L'auteur étudia alors l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine après injection intra-veineuse. Cette étude confirma entièrement les précédentes recherches démontrant que l'émétine s'éliminait bien selon le mode discontinue et très prolongé (1918)

e étude clinique des phénomènes toxiques avait également conduit l'auteur à consi-
r comme certaine l'accumulation de l'émétine chez l'homme considérée comme probable
Dalimier. Un phénomène intéressant avait même été observé au début de nos recherches
nt à démontrer cette accumulation.

fet, l'étude de l'élimination urinaire pratiquée chez des malades traités par le
hydrate de même avait révélé des modifications intéressantes de la constante
ard qui s'élevait pendant le traitement et restait élevée ou s'élevait encore après
n de la cure, comme si l'action de l'alcaloïde se prolongeait et se renforçait quand
ait arrêté toute injection d'émétine.

de de l'élimination urinaire de l'émétine chez l'homme fut alors entreprise systémati-
t. Cette étude comme celle de l'action de l'émétine sur les fonctions rénales n'avait
s été faite. Ce n'est qu'après de longs mois de patientes recherches et l'observations
dées de plus de 40 sujets dans les urines desquels l'émétine a été quotidiennement
rchée et dosée. Les résultats obtenus ont été les suivants :

té possible de préciser l'emploi des réactifs de l'émétine et la technique d'un
é de dosage très simple dans l'urine de l'homme.

té possible surtout d'établir le mode d'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine
'homme.

injection hypodermique l'émétine s'élimine dans l'urine selon le mode discontinue
longé. Un sujet ayant reçu en 8 jours 0.48 ogr. de chlorhydrate d'émétine élimine
de l'alcaloïde et généralement par à coups 60 jours après la dernière injection
mique. Ce premier résultat (10 Novembre 1917) nous a paru devoir être absolument
mé par d'autres recherches. Les nodules sous cutanés fréquents et très persistants
les injections hypodermique de chlorhydrate d'émétine pouvait à la rigueur être consid
me la cause d'une accumulation mécanique analogue à celle des produit mercuriels dans
s nodules intra-musculaires; ces nodules auraient provoqué ainsi le rythme d'élimi-
urinaire irrégulier et prolongé que nous observons. L'auteur étudia alors l'élimi-
urinaire du chlorhydrate d'émétine après injection intra-veineuse. Cette étude

Savignac et Alivisatos ont retrouvé en 1920 le même mode d'élimination urinaire?

Grace aux données ainsi établiés et à l'expérience ~~////~~ acquise par l'étude de 500 cas d'ami biase traités par l'auteur sur le front français il a été possible d'établir une posologie méthodique du chlorhydrate d'émétine assurant le maximum d'action(car la cure énergique ~~et prolongée~~ est indispensable et évitant les accidents toxiques. dans un traitement dont l'application prolongée est un principe essentiel.

Ces principes ont été ceux qu'ont établi par ailleurs Monsieur le Professeur CHAUFFARD MM. COUZIEN, DOPTER, à la Sté de Thérapeutique en 1919. Ils ont été récemment confirmés dans la discussion de notre rapport au Congrès National Colonial de la Santé (Marseille 192

L'ensemble des travaux ainsi résumés parait donc avoir contribué utilement à éclairer les caractères et à établir les règles d'emploi d'un des médicaments actifs de la thérapeutique moderne.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-